

PAR

PERIOPERATIVE
ANESTHESIA
REPORTS



Perioperative Anesthesia Reports, 2024; 2 (Suppl 2) 1 - 208

Temas Livres com TCLE ou aprovação por Comissão de Ética em Pesquisa

2024^o COPA

Congresso Paulista de Anestesiologia
São Paulo Congress of Anesthesiology

&

WORLD CONGRESS OF
OPHTHALMIC ANAESTHESIA



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

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de 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

MARCIO 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

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de 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 Câncer 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

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

SUMÁRIO

1015	DERMATITE DE CONTATO ALÉRGICA PÓS-CIRURGIA COM O USO DE CLOREXIDINA: RELATO DE CASO RÔMULO CARVALHO COSTA, CÁSSIA FERNANDA DOS SANTOS ROSA, EDUARDA LAVÍNIA CARNEIRO SANTOS, FERNANDA MACHADO OLIVEIRA, JULIANNE ALVES MACHADO	1
1023	MANAGEMENT OF REFRACTORY PAIN IN A PATIENT WITH CALCIPHYLAXIS: A CASE REPORT MATHEUS DOS SANTOS MANTUANO, FELIPE GUEDES RICARTE ALVES, HAZEM ADEL ASHMAWI, JULIANA XAVIER GUIMARAES	2
1027	NOTALGIA PARESTÉSICA: RELATO DE CASO MARIA EDUARDA GARCIA VIANA PAIVA, ALINE AZENHA DA SILVA, KELSON KOITI OGATA, LESIANE APARECIDA DA SILVA, STEPHANIE SOUSA SILVA	3
1035	ANESTESIA COM BLOQUEIO DE NEUROEIXO PARA PARTO CESÁREO EM PACIENTE COM ESPONDILITE ANQUILOSANTE. MILENA MATOS DA CRUZ, DANILLO DA MOTA MORAIS, JOÃO PAULO ARIMATEA NEVES, LEIANNY COÊLHO DE CARVALHO, LORAHANA SILVESTRE PEREIRA VILAS BOAS E SILVA	4
1038	MANEJO ANESTÉSICO DE CIRURGIA MÚLTIPLA: PLASTIA VALVAR AÓRTICA, RECONSTRUÇÃO DA AORTA ASCENDENTE, CORREÇÃO DE DISSECÇÃO DE ARCO AÓRTICO, CORREÇÃO DE DISSECÇÃO TORACO ABDOMINAL – RELATO DE CASO. MILENA MATOS DA CRUZ, ANA LAURA CARDOSO COSTA, LEIANNY COÊLHO DE CARVALHO, LORAHANA SILVESTRE PEREIRA VILAS BOAS E SILVA, SARAH ROLDÃO BATISTA	5
1039	RELATO DE DESAFIO ANESTÉSICO: GESTANTE COM HIPERTENSÃO PULMONAR RENATA CRISTINA ACACIO DOS SANTOS, ANA LUIZA MOREIRA DA SILVA DIAS, ERICA TSUNEDA MARIN, JOSE EDUARDO FERREIRA GOMES, PAULO ADILSON HERRERA	6
1044	O USO DE ULTRASSOM A BEIRA LEITO PARA EVIDENCIAR DERRAME PERICARDICO VOLUMOSO EM MANIFESTAÇÃO GRAVE DE COMA MIXEDEMATOSO: RELATO DE CASO RAISSA MOURA TOMICH, ALINE VIEIRA GUIMARAES, MARCOS LEANDRO PEREIRA, WILLIAM OLIVEIRA NINA ROCHA.....	7
1057	MIOCARDIOPATIA PERIPARTO MELINA BRITO CANCADO, FABIO BRITO CANÇADO, FELIPE GRIECO PAGLIOLI, FERNANDO BRITO CANÇADO, THAIS ORRICO DE BRITO CANÇADO	8
1061	UTILIZAÇÃO DA ANALGESIA PERIDURAL CONTINUA COM BOMBA ELATOMÉRICA NO CONTROLE DA DOR ONCOLÓGICA: RELATO DE CASO MATHEUS AUGUSTO DALMOLIN, ARTHUR RUZZON CARDOSO, FABIOLA DE CARLOS DA ROCHA.....	9
1062	A AVALIAÇÃO PRE ANESTÉSICA, APA, INFLUENCIA A ESCOLHA DA TECNICA CIRURGICA LUIS FERNANDO RODRIGUES MARIA, ANTONIO VIEIRA VASCONCELOS JÚNIOR, BRUNO LEMOS EHLERS, JAIME JOAO JORGE, MARCOS RODRIGUES PINOTTI	10
1067	TROMBOEMBOLIA PULMONAR FATAL APÓS COLPOSSACROFIXAÇÃO VIDEOLAPAROSCÓPICA DANIELLA ALINY TAVARES DE ARAÚJO, ALBERTO VIEIRA PANTOJA, MARCO ANTÔNIO CARDOSO DE RESENDE, ROGÉRIO LUIZ DA ROCHA VIDEIRA, RUBENS CUNHA TAVARES	11
1069	AVALIAÇÃO DA ANALGESIA PÓS-OPERATÓRIA EM PACIENTES SUBMETIDAS A CIRURGIA PLÁSTICA NAS MAMAS CONFORME DIFERENTES ABORDAGENS ANESTÉSICAS DANIEL FERREIRA GUNDIM, GUSTAVO SIQUEIRA ELMIRO, ISABELA ALCÂNTARA ROCHA, MATEUS MOREIRA DE MELO SILVA, TALITA GUILARDE TORRES.....	12
1070	INTUBAÇÃO ENDOTRAQUEAL EM PACIENTE ACORDADO COM LESÃO DE FARINGE: UM RELATO DE CASO. DANIEL FERREIRA GUNDIM, DÁRIO HUMBERTO DE PAIVA, GIULLIANO GARDENGHI, GUSTAVO DE MELO REBUGLIO, MARCO TULIO JOSE DE OLIVEIRA FIGUEIREDO.....	13
1072	TROMBOEMBOLISMO PULMONAR MACIÇO DURANTE INDUÇÃO ANESTÉSICA: UM RELATO DE CASO GABRIELLE VICTORIA SOUZA COSTA, ANA CLAUDIA MORANT BRAIND, JOSÉ AGOSTINHO RICARDO DE ALMEIDA NETO, KALIL FREGÚLIA DE SOUZA, TIAGO FERRAZ MASCARENHAS	14
1079	ANESTESIA PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HERNIORRAFIA INGUINAL BILATERAL, EM PACIENTE COM SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ TAYLOR BRANDÃO SCHNAIDER, LETICIA PAULA QUEIROZ, PEDRO HENRIQUE DE CASTRO CARNEIRO, RAPHAEL DE ABREU CORDEIRO, WASHINGTON LUIS DE OLIVEIRA.....	15

1083	INTOXICAÇÃO POR GLICINA COM HIPONATREMIA GRAVE APÓS VIDEOHISTEROSCOPIA: UM RELATO DE CASO GABRIELLE VICTORIA SOUZA COSTA, AMANDA ROCHA DE BARROS, CELY VALADARES, GUILHERME QUEIROZ SILVA, LARISSA HAUSNER DE MORAIS GUIMARÃES	16
1084	ANESTESIA PARA PACIENTE PORTADOR DE MACROGLOSSIA SECUNDÁRIO A NEUROFIBROMATOSE GUSTAVO HENRIQUE TELES FERREIRA, ANA CLAUDIA MORANT BRAIND, ELIOMAR SANTANA TRINDADE, ROSE PEREIRA CORDEIRO, VERA AZEVEDO	17
1085	MANEJO ANESTÉSICO PARA CESÁREA EM PACIENTE COM HISTÓRIA DE HIPERTENSÃO INTRACRANIANA: RELATO DE CASO DAVID SILVA ALMEIDA, PAULO DO NASCIMENTO JÚNIOR, REBECCA RENATA LAPENDA DO MONTE	18
1086	ANALGESIA COM SCALP BLOCK PARA PACIENTE COM CRANIOSSINOSTOSE: UM RELATO DE CASO DAVID SILVA ALMEIDA, JOÃO PAULO FUNFAS MORTATTI, PAULO DO NASCIMENTO JÚNIOR, RANNIER FERREIRA MENDES, REBECCA RENATA LAPENDA DO MONTE	19
1087	MANEJO ANESTESIOLÓGICO PARA CESARIANA EM PACIENTE COM SÍNDROME DE GAUCHER: UM RELATO DE CASO MARCELLO BERTOLDI SANCHEZ NEVES, ANGÉLICA DE FÁTIMA DE ASSUNÇÃO BRAGA, JAIME LAGE VIDAL JÚNIOR, VALDIR BATISTA FERREIRA, VANESSA HENRIQUES CARVALHO	20
1091	INTUBAÇÃO SUBMENTONIANA EM FRATURAS FACIAIS COMPLEXAS LUIZA ZENOBIO DA COSTA, CARLOS FREDERICO FÁVERO COSTA	21
1093	MANEJO ANESTÉSICO DE GESTANTE COM PENTALOGIA DE FALLOT SUBMETIDA À CESARIANA: RELATO DE CASO LOUISE PAOLA NICHILATTI, ANA LAURA GRANDO ROCHA	22
1096	BLOQUEIO DE GÂNGLIO ESTRELADO NA TAQUICARDIA VENTRICULAR: RELATO DE CASO RAFAELA SIMONCELO DE MOURA, GUILHERME ANTONIO DE LIMA E SILVA, MAYCOW GODINHO LIMA FRANÇA, VICTOR ALEXSANDER ALENCAR MENDES	23
1100	MANEJO ANESTÉSICO PARA EXTIRPAÇÃO DE FEOCROMOCITOMA TAYLOR BRANDÃO SCHNAIDER, ALINE LUIZA NASCIMENTO SILVA, JHONNE DIEGO FRANÇA DA SILVA ARRUDA, PEDRO LUÍS COGO, VITTOR RIBEIRO BRITO	24
1109	PROMOVENDO A SUSTENTABILIDADE NA ANESTESIOLOGIA: DESAFIOS E OPORTUNIDADES FERNANDA SANTOS WENGROVER, AIRTON BAGATINI, CLAUDIO ROBERTO GOMES, FELIPE FAVERO, RUBENS DEVILDOS TRINDADE	25
1111	MANEJO ANESTÉSICO DE CESARIANA COM PROVÁVEL RECIDIVA DE FEOCROMOCITOMA: UM RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA GIAN FRANCISCO LINHARES SCARCELA, ANA LUISA DE REZENDE ALMEIDA, DÁRIO YAMASHIRO, EMÍLIO CARLOS DEL MASSA, MATHEUS DE ALMEIDA MORAES VERAS	26
1112	INTRAOPERATIVE CARDIAC ARREST AND ITS 30-DAY MORTALITY IN A BRAZILIAN QUATERNARY UNIVERSITY HOSPITAL: AN 18-YEAR OBSERVATIONAL STUDY ARTHUR CAUS DE MORAIS, DANIELA DE SÁ MENEZES PORTO, JESSICA GATTO JACOMINI, JOAO VITOR DE AVILA SOARES, LEANDRO GOBBO BRAZ	27
1116	REALIZAÇÃO DE BLOOD PATCH NO TRATAMENTO DE CEFALEIA POR FÍSTULA LIQUÓRICA DESENCADEADA POR MÚLTIPLOS FERIMENTOS POR ARMA BRANCA- UM RELATO DE CASO DAVI VIANA UMBELINO, HENRIQUE GIOPPO CALEGARI, RICARDO VIANA REZENDE, VITORIA BRESSAN PESSOA	28
1119	ANÁLISE DO IMPACTO DO ENSINO DE RCP EM ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DE INSTITUIÇÕES EDUCACIONAIS PÚBLICAS E PRIVADAS EM ARACAJU/SE MÁRCIO DUARTE CARVALHO ALVES, FABRÍCIO DIAS ANTUNES, FELIPE BATISTA SANTOS, JULIO CEZAR DE OLIVEIRA FILHO, VANESSA RAMOS DE FARIA SANTANA	29
1120	ANESTESIA PARA CISTOSTOMIA EM RECÉM-NASCIDO PREMATURO COM VÁLVULA DE URETRA POSTERIOR E ASCITE VOLUMOSA PÓS-CIRURGIA INTRAUTERINA MALSUCEDIDA: RELATO DE CASO HERMAN YURI ALMEIDA TOGO, CÉSAR DE ARAÚJO MIRANDA, FABIO VIEIRA TOLEDO, ITALO PIRES GOMES	30
1123	INTOXICAÇÃO HÍDRICA EM PACIENTE APÓS RESSECÇÃO TRANSURETRAL DE PRÓSTATA: RELATO DE CASO ALINE VIEIRA GUIMARAES, LETICIA TEREZA DORNELAS DE MELO, MARCOS LEANDRO PEREIRA, RAISSA MOURA TOMICH, WILLIAM OLIVEIRA NINA ROCHA	31

1127 ANESTESIA PARA RESSECÇÃO DE AMELOBLASTOMA EM CRIANÇA, ABORDAGEM DE VIA AÉREA DIFÍCIL: RELATO DE CASO MARINA ANZOLIN, DÉBORA PRISCILA PEREIRA, GIORGIO PRETTO, LIZ RAQUEL GALEANO FERREIRA, RUBIA PELISSER	32
1131 FALHA DE ANESTESIA SUBARACNÓIDEA EM PACIENTE COM HISTÓRICO DE MÚLTIPLAS PICADAS DE ESCORPIÃO: UM RELATO DE CASO RENAN GUIMARÃES PEREIRA DE MELO, GUILHERME GOMES ROMANO, LEANDRO GOBBO BRAZ, PEDRO PAULO FOLTRAN	33
1132 ANESTESIA EM PACIENTE COM DOENÇA DE FAHR: RELATO DE CASO LUCAS LESSA NUNES, JOSÉ FERNANDO AMARAL MELETTI, LETICIA TIEMI SILVA INOE, RAFAEL CORREARD BARROS, TIAGO SILVA E SILVA	34
1136 ANESTESIA EM PACIENTE COM SÍNDROME DE ROTHMUND-THOMSON: RELATO DE CASO. ANA LUISA LOPES CALLOU VERAS, ALYNE MARIA DE ANGELIS, THANARA DE MELO ABE.....	35
1138 CARBONARCOSE EM ANESTESIA GERAL EM PROSTATECTOMIA RADICAL: RELATO DE CASO ALINE VIEIRA GUIMARAES, MARCOS LEANDRO PEREIRA, PEDRO HENRIQUE MACHADO DE CASTRO, RAISSA MOURA TOMICH, WILLIAM OLIVEIRA NINA ROCHA	36
1144 DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DO MODELO EX-CARE BR: UMA INICIATIVA MULTICÊNTRICA PARA IDENTIFICAÇÃO DE PACIENTES CIRÚRGICOS BRASILEIROS EM RISCO DE MORTALIDADE HOSPITALAR EM 30 DIAS JOANA ROGOWSKI SOUZA DOS SANTOS, ADRIENE STAHLSCHMIDT, LUCIANA PAULA CADORE STEFANI, SÁVIO CAVALCANTE PASSOS.....	37
1145 MANEJO ANESTÉSICO NA RUPTURA INTRA-OPERATÓRIA DE ANEURISMA INTRACRANIANO JANIO CARLOS OLIVEIRA SANTOS, ROBERTA FIGUEIREDO VIEIRA	38
1146 INTOXICAÇÃO HÍDRICA DURANTE HISTEROSCOPIA: RELATO DE CASO JESSICA MEDEIROS, LIGIA BORELA PERFEITO POTENZA, LUÍS FERNANDO RIBEIRO DOS SANTOS, NATALIA NUNES SANTOS, PAULA BORELA PERFEITO ABUD	39
1149 MANEJO ANESTÉSICO DE PACIENTE COM ALERGIA AO LÁTEX SUBMETIDO A TRANSPLANTE HEPÁTICO – RELATO DE CASO LEILA NASCIMENTO DA ROCHA, FELIPE CAMPOS DE SOUZA, LARISSA NOGUEIRA CHIGNOLI, ROBERTA FIGUEIREDO VIEIRA.....	40
1155 MANEJO ANESTÉSICO DE UMA PACIENTE JOVEM COM SÍNDROME DE GORHAM STOUT: RELATO DE CASO JADE CEDRAZ ALELUIA, FLÁVIA MOREIRA SOARES, GABRIEL DO MONTE MACEDO, GUILHERME QUEIROZ SILVA, LARISSA HAUSNER DE MORAIS GUIMARÃES	41
1156 ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO DO EFEITO DA ANESTESIA ENDOVENOSA TOTAL VERSUS GERAL BALANCEADA NA AVALIAÇÃO DA DOR EM PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA BARIÁTRICA MARCO TULIO JOSE DE OLIVEIRA FIGUEIREDO, ANDRE LUIZ BRAGA DAS DORES, DANIEL FERREIRA GUNDIM, GIULLIANO GARDENGHI, LUCIANA HAHMANN ABREU	42
1159 BLOQUEIO DE NERVO CIÁTICO VIA POPLÍTEA EM PACIENTE PORTADOR DE MIOSITE OSSIFICANTE: RELATO DE CASO THAYSSA COSTA TEIXEIRA, BEATRIZ SOPHIA DE QUEIROZ ROBERT FONSECA, FABRÍCIO AZEVEDO CARDOSO, LÚCIA HELENA DE SOUZA SOARES, VINICIUS MONTEZ VIANNA	43
1162 SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ PÓS ABDOMINOPLASTIA SOB PERIDURAL ANA CAROLINA OLIVEIRA COSTA, ANA CLAUDIA OLIVEIRA COSTA, VICTTOR CASTRO SAMPAIO FILHO	44
1166 DIAGNÓSTICO DE FEOCROMOCITOMA APÓS SUSPENSÃO DE CIRURGIA ELETIVA: RELATO DE CASO MARIA FERNANDA DE MIRANDA MARCELINO, DAYANE DA SILVA KEGLER NEVES, LETÍCIA JORDÃO ALMEIDA CARDOSO, MYLENA VALADARES SILVA, SIMELLE BOAVENTURA DE ARAUJO NICOLINI	46
1170 OPHTHALMOLOGICAL BLOCK USING DUAL ANTIPLATELET THERAPY. THIAGO CANSANCAO DE LUCENA ALVES, FLAVIA LOPES DELGADO, PAULA GARGIULO CAGGIANO, PEDRO HENRIQUE SANTIAGO DE OLIVEIRA.....	47
1182 AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DO CURSO DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA MINISTRADO A ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO EM INSTITUIÇÕES PÚBLICAS E PRIVADAS EM ARACAJU/SE. THIAGO MORAIS DA COSTA, FABRICIO DIAS ANTUNES, FELIPE BATISTA SANTOS, ISADORA GONCALVES DA ROCHA, JULIO CEZAR DE OLIVEIRA FILHO	48

1183 ANESTESIA GERAL EM PACIENTE PORTADOR DE EPIDERMÓLISE BOLHOSA FREDERICO NEVES OLIVEIRA, ELISA RODRIGUES FONSECA, FREDERICO BIRCHALL BICUDO, INACIO NEVES OLIVEIRA	49
1189 ANAFILAXIA PERIOPERATÓRIA: RELATO DE CASO LUIS EDUARDO MOREIRA DE CARVALHO, AMANDA LAINA SANTOS PORTO, LUAN PINHO FARIAS, PLÍNIO DA CUNHA LEAL, REINALDO MOREIRA LEITE DA SILVA FILHO	50
1190 ANESTESIA VENOSA TOTAL EM ESCLEROSE MÚLTIPLA: RELATO DE CASO LUIS EDUARDO MOREIRA DE CARVALHO, ANTONIO IGOR DA COSTA BRITO, DENER ALVES CORDEIRO, LUAN PINHO FARIAS, WILDNEY LEITE LIMA	51
1191 AVALIAÇÃO DA DOR PÓS-OPERATÓRIA E DO CAMPO VISUAL UTILIZANDO BLOQUEIO NEUROMUSCULAR MODERADO E PROFUNDO EM PACIENTES SUBMETIDOS A BY-PASS GÁSTRICO EM Y DE ROUX POR VIA LAPAROSCÓPICA. LUIS EDUARDO MOREIRA DE CARVALHO, AMANDA LAINA SANTOS PORTO, GABRIEL LIMA JUREMA, HIAGO PARREAO BRAGA, MARCELO NOGUEIRA DA CRUZ SILVA	52
1193 BLOQUEIO DE NERVOS PERIFÉRICOS EM MEMBRO INFERIOR NO PACIENTE VASCULOPATA: RELATO DE CASO AMANDA LAINA SANTOS PORTO, GABRIEL LIMA JUREMA, GUILHERME BURGOS SOUSA, LUIS EDUARDO MOREIRA DE CARVALHO, PLÍNIO DA CUNHA LEAL	53
1196 BLOQUEIO DO GANGLIO SIMPÁTICO TORÁCICO PARA TRATAMENTO DA DOR POR FRATURA DE COSTELAS CRONICAS PÓS-RADIOTERAPIA: RELATO DE CASO AMANDA LAINA SANTOS PORTO, CYRO FRANKLIN CONCEIÇÃO VIEIRA, LUAN PINHO FARIAS, LUIS EDUARDO MOREIRA DE CARVALHO, MARCOS VINÍCIUS ARAÚJO BRITO	54
1198 VIA AÉREA DIFÍCIL PÓS-CIRURGIA E RADIOTERAPIA CERVICAL: RELATO DE CASO. AMANDA LAINA SANTOS PORTO, CAIO MARCIO BARROS DE OLIVEIRA, DENER ALVES CORDEIRO, GUILHERME BURGOS SOUSA, LUAN PINHO FARIAS.....	55
1199 TAQUICARDIA E HIPERTENSÃO REFRTÁRIAS NA TERCEIROVENTRICULOSTOMIA ENDOSCÓPICA: RELATO DE CASO MANOEL GOMES SOARES NETO, ALESSANDRA VIANNA PASQUALETTE MARTINS, BRUNO VERLY DA SILVA, MATHEUS MONÇÃO DE ARAÚJO DECO, RAFAEL TABORDA CORRÊA OLIVEIRA.....	56
1204 RELATO DE CASO: ANESTESIA GERAL COMBINADA COM BLOQUEIO PENG PARA ARTROPLASTIA DE QUADRIL EM PACIENTE HEMOFÍLICO A HERALDO CARVALHO LOPES, CELSO SCHMALFUSS NOGUEIRA, FELIPE SOUZA THYRSO DE LARA, MARIANA CARVALHO ZANIN, RAFAEL AUGUSTO DO NASCIMENTO	57
1207 DOENÇA DE FORESTIER E OS DESAFIOS NO MANEJO DE VIA AÉREA ANA CAROLINA TASCA CHAGURI, JÉSSICA CARVALHO BENATTI, MARCOS DE SIMONE MELO, MARIA EDUARDA MORI TAIAR, VANESSA HENRIQUES CARVALHO	58
1214 ANAFILAXIA ASSOCIADA À ABORDAGEM DE VIA AÉREA DIFÍCIL EM SITUAÇÃO NÃO INTUBO NÃO VENTILADO: UM RELATO DE CASO PEDRO HENRIQUE NUNES DANTAS, LUIS FERNANDO RODRIGUES MARIA, MARCIO TADEU ALVES, RODRIGO LIRA LUCENA, YURI MARK DOS SANTOS RIBEIRO	59
1217 DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS DO PRONTUÁRIO DO PACIENTE CIRÚRGICO: COMPLETEDE EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO GUSTAVO PAULO IENACO, LUIS ANTONIO DOS SANTOS DIEGO, MARIA ISABEL DO NASCIMENTO, PEDRO MOREIRA DE SOUZA ABRANTES, SHARA LOCH FORNASA	60
1219 ULTRASOUND-GUIDED RETROBULBAR BLOCK IN THE MANAGEMENT OF NEOVASCULAR GLAUCOMA: A CASE REPORT RAQUEL ARAÚJO PARENTE, ELISSA CARLA PINTO JAQUES, TÁCIO RIAN NOGUEIRA PRÍNCIPE, THIAGO BESERRA BARBOSA DOS SANTOS	61
1236 CESÁREA DE URGÊNCIA EM PARTURIENTE COM TRANSPLANTE RENAL – RELATO DE CASO LEONARDO BERNARDES VIEIRA, DEMOCRITO RIBEIRO DE BRITO NETO, JOÃO PAULO JORDÃO PONTES, LUCAS GONÇALVES GOMES, ROSTAND MOREIRA FERNANDES	62
1237 ANALGESIA PERIDURAL CONTROLADA PELO PACIENTE EM TÓRAX INSTÁVEL POR MÚLTIPLAS FRATURAS DE ARCOS COSTAIS – RELATO DE CASO LEONARDO BERNARDES VIEIRA, CELSO EDUARDO REZENDE BORGES, JOÃO PAULO JORDÃO PONTES, LUCAS GONÇALVES GOMES, RAQUEL VALENTE PEREIRA	63

1238	DEPRESSÃO RESPIRATÓRIA COM MICRODOSE DE FENTANIL EM RAQUIANESTESIA: ISTO TAMBÉM PODE ACONTECER – RELATO DE CASO ARETHA PAES DE LIMA CARNEIRO, BRUNO VÍTOR MARTINS SANTIAGO, CLARA DE OLIVEIRA MENON, GERALDO AUGUSTO DE MELLO SILVA, JULIA TRISTAO DE REZENDE	64
1239	BLOQUEIO DO QUADRADO LOMBAR TIPO 3 COM INSERÇÃO DE CATETER PARA ANALGESIA PÓS OPERATÓRIA EM CIRURGIA DE AMPLIAÇÃO VESICAL EM PACIENTE PEDIÁTRICO ARETHA PAES DE LIMA CARNEIRO, DANIEL AUGUSTO LYRA VILLELA, DANIELA GOMES DE SOUZA, GERALDO AUGUSTO DE MELLO SILVA, IGOR DUQUE GONCALVES DA SILVA.....	65
1245	AVALIAÇÃO DA MAGNESEMIA E DA ANALGESIA PÓS OPERATÓRIA EM PACIENTES SUBMETIDOS A ARTRODESE DE COLUNA APÓS INFUSÃO DE SULFATO DE MAGNÉSIO. PAULO MATHEUS ARAÚJO E SILVA, DANIELLE MAIA HOLANDA DUMARESQ, JOSÉ NILSON FORTALEZA DE ARAÚJO, MARTIN FRANCISCO BANDEIRA DE OLIVEIRA	66
1251	AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DO PACIENTE UTILIZANDO O QUESTIONÁRIO HEIDELBERG PERI-ANESTHETIC EM UM HOSPITAL ONCOLÓGICO JOÃO PEDRO COSTA DOS SANTOS, EMERSON LEÃO INÁCIO DE MELO JÚNIOR, GABRIEL AVELLAR REZENDE, KARINA BERNARDI PIMENTA.....	67
1264	POSICIONAMENTO ALTERNATIVO DE ELETRODOS PARA MONITORAMENTO DE PROFUNDIDADE ANESTÉSICA EM CIRURGIAS CRANIOFACIAIS: UM RELATO DE CASO COM O CONOX LUAN CAYKE MARINHO DE OLIVEIRA, CLAUDIA MARQUEZ SIMOES, LUCAS RODRIGUES DE FARIAS.....	68
1265	ANESTESIA MULTIMODAL PARA RESSECÇÃO DE MAMA ACESSÓRIA EM PACIENTE PORTADOR DE SÍNDROME DE KARTAGENER..... RELATO DE CASO JORDANA MARTINS MACHADO ARAUJO , ANASTÁCIO DE JESUS PEREIRA, GLAYDE SABRINA CAMARGOS DE SOUZA, JOÃO PAULO JORDÃO PONTES, LEANDRO FERREIRA SOUZA	69
1266	TROMBOEMBOLISMO PULMONAR NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DE CIRURGIA ORTOPÉDICA SUSPEITADO POR ULTRASSONOGRAFIA POINT-OF-CARE: RELATO DE CASO JORDANA MARTINS MACHADO ARAUJO , GLAYDE SABRINA CAMARGOS DE SOUZA, JOÃO PAULO JORDÃO PONTES, MARIA LUIZA RENAUD DE OLIVEIRA, RAPHAEL POZZOBOM FERRAREZI	70
1269	EVALUATION OF OPTIC NERVE DISPLACEMENT BY ULTRASOUND IN PATIENTS WITH AND WITHOUT HIGH MYOPIA. CROSS-SECTIONAL OBSERVATIONAL STUDY LUIS HENRIQUE CANGIANI, LUIZ GUSTAVO PEREZ VAZQUEZ, LUIZA FERNANDES TAVARES DE SÁ, MATHEUS RODRIGUES VIEIRA, RENAN VIEIRA MURAD	71
1271	AVALIAÇÃO DOS DESFECHOS CLÍNICOS E TEMPO DE INTERNAÇÃO RELACIONADOS A TÉCNICAS ANESTÉSICAS EM PACIENTES SUBMETIDOS A TAVI: ESTUDO RETROSPECTIVO LUIS HENRIQUE CANGIANI, CARLOS EDUARDO ESQUEPATTI SANDRIN, GIOVANNA SANCHES DE LAURENTIS, ISABELA YAMANE FAITARONI, TÁSSIA OLIVEIRA NUNES DA SILVA	72
1275	INJEÇÃO INADVERTIDA DE NORADRENALINA VIA CATETER CENTRAL EM PACIENTE SUBMETIDO A TRANSPLANTE RENAL DE DOADOR FALECIDO: RELATO DE CASO LUIS HENRIQUE CANGIANI, ANA BEATRIZ CAMERLENGO MORAGAS, GABRIEL SILVA DE LIMA, LUIZ GUSTAVO PEREZ VAZQUEZ, TASSIO MATTOS PEREIRA FRANCO	73
1276	RAQUIANESTESIA EM PACIENTE PORTADORA DA DOENÇA DE CHARCOT-MARIE-TOOTH (CMT) PARA CESAREANA: UM RELATO DE CASO. AMANDA FREITAS COELHO, ANA CLAUDIA MORANT BRAIND, ARTHUR BOMFIM PEREIRA, JADE CEDRAZ ALELUIA, VERA AZEVEDO	74
1279	OPHTHALMOLOGIC ANAESTHESIA IN AMBULATORY PAEDIATRIC SURGERY: A CASE REPORT MANOEL ANANIAS DA SILVA NETO, ELISSA CARLA PINTO JAQUES, JULYANA DE SOUZA BARBOSA CORDEIRO, RAQUEL ARAÚJO PARENTE, TÁCIO RIAN NOGUEIRA PRÍNCIPE.....	75
1284	BLOQUEIO DO PLANO ERETOR DA ESPINHA PARA ANALGESIA EM TRAUMA TORÁCICO COM FRATURAS DE MÚLTIPLAS COSTELAS: RELATO DE CASO THAYS RAFAELA COLOMBO, ANDERSON DE FREITAS, ESTER BENCZ, PAULO SERGIO DA SILVA DESCHAMPS.....	76
1294	AVALIAÇÃO DA INCIDÊNCIA DE COMPLICAÇÕES RELACIONADAS A UTILIZAÇÃO DE ANALGESIA PÓS-OPERATÓRIA CONTROLADA PELO PACIENTE POR VIA PERIDURAL: ESTUDO COORTE RETROSPECTIVO LUIS HENRIQUE CANGIANI, GIOVANNA SANCHES DE LAURENTIS, LUIZ GUSTAVO PEREZ VAZQUEZ, REBECA FUNCK COLUCCI, VICTOR MOREIRA VALENCA DE LEMOS	77

1298	AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA UTILIZAÇÃO DA METADONA NA ANALGESIA PÓS-OPERATÓRIA E NO CONTROLE DA DOR DE DIFÍCIL CONTROLE NA SALA DE RECUPERAÇÃO: ESTUDO OBSERVACIONAL TRANSVERSAL LUIZ HENRIQUE CANGIANI, ELAINE ALVES DA SILVA, GIOVANNA SANCHES DE LAURENTIS, MATHEUS RODRIGUES VIEIRA, RICARDO CRISTOVAO DE SOUZA.....	78
1301	ANESTESIA VENOSA TOTAL COM MODELO PAEDFUSOR EM CRIANÇA AUTISTA COM HISTÓRICO PRÉVIO DE AGITAÇÃO PSICOMOTORA PÓS-OPERATÓRIA: RELATO DE CASO. GUILHERME CHIARELO CAPANELLI, ANA BEATRIZ CAMERLENGO MORAGAS, LUIS OTAVIO ESTEVES, LUIZA FERNANDES TAVARES DE SÁ, VICTORIA FÁVERO DE SIQUEIRA LOPES.....	79
1302	AVALIAÇÃO DO ESCORE DE SATISFAÇÃO DO PACIENTE MEDIDO POR NET PROMOTER SCORE RELATIVO AO ATENDIMENTO PRESTADO A PACIENTES EM HOSPITAL TERCIÁRIO ENVOLVENDO 1974 PACIENTES. LUIZ GUSTAVO PEREZ VAZQUEZ, ADRIEL FRANCO DE MATTOS, ISABELA YAMANE FAITARONI, PASCHOAL ANGOTTI NETTO, PEDRO DO AMARILHO MAICH.....	80
1305	INTERCORRÊNCIA VASCULAR NO INTRAOPERATÓRIO DE RECONSTRUÇÃO DE LIGAMENTO CRUZADO POSTERIOR DE JOELHO: UM RELATO DE CASO MYLENA VALADARES SILVA, DIEGO BATISTA AGUIAR, JOSÉ HORACIO RAMALHO DE LEITE FILHO, LEONARDO SOUSA MUNDOCO, MARIA FERNANDA DE MIRANDA MARCELINO	81
1306	MANEJO ANESTÉSICO EM UMA COMPILAÇÃO DA CIRURGIA DE RESSECÇÃO TRANSURETRAL DE PRÓSTATA: UM RELATO DE CASO MYLENA VALADARES SILVA, ANA VITÓRIA DE SOUSA MELO, HERISSON RODRIGUES DE OLIVEIRA, LUCAS DE MELO FREIRE, MARIA FERNANDA DE MIRANDA MARCELINO	82
1307	MANEJO PERIOPERATÓRIO DE PACIENTE COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: UM RELATO DE CASO MYLENA VALADARES SILVA, AMANDA CACAES MODESTO ACCIOLY, ANA VITÓRIA DE SOUSA MELO, HERISSON RODRIGUES DE OLIVEIRA, MARIA FERNANDA DE MIRANDA MARCELINO	83
1323	ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO QUESTIONÁRIO DE DOR PÓS-OPERATÓRIA PARA LÍNGUA PORTUGUESA DO BRASIL. CAROLINA SOLETTI, BRUNO FERREIRA NEPOMUCENO, GABRIELLA CARVALHO NAPY CHARARA, JOANNA CATARINA FERNANDES NEVES ABREU.....	84
1327	MANEJO ANESTÉSICO EM PACIENTE PORTADOR DE ESCLEROSE SISTÊMICA. LILIAN BERNARDETE MENDES RABELO, FREDERICO AUGUSTO SOARES DE LIMA, KAMILA GOMES DE SALES SOUZA, LETICIA GOULART JAPIASSU, WESLEY SANTOS SILVA	85
1330	CONDUÇÃO ANESTÉSICA DE PRIMIGESTA COM DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA (DPP) GRAVE, ÓBITO FETAL E COAGULOPATIA EM HOSPITAL SECUNDÁRIO: RELATO DE CASO ALICE FREITAS MACEDO, FABIO KENJI SUGAWARA, GUILHERME POMPEI TAFNER, LARA MENDES BRANDAO, LEONARDO DE FREITAS NASCIMENTO	86
1333	NEUROMIELITE ÓPTICA PÓS RAQUIANESTESIA EM CESÁREA ELETIVA: UM RELATO DE CASO ISABELLA CAETANO DANTAS, ANDREI DE CAMARGO CAROTTI, GABRIELA CHIODINI BERTO, GUSTAVO FELLONI TSUHA, LUIZ TSUHA JÚNIOR.....	87
1335	ANALGESIA PALIATIVA VIA CATETER PERINEURAL EM NERVO FEMORAL PARA TUMOR DE PARTES MOLES EM COXA: UM RELATO DE CASO RAFAEL DOS SANTOS CRUZ VERAS, FREDERICO BIRCHALL BICUDO, PEDRO HENRIQUE MARRA SMOLKA	88
1336	CONDUTA EM CEFALÉIA PROLONGADA PÓS-PUNÇÃO LOMBAR RELATO DE CASO KAROLYNNE MYRELLY OLIVEIRA BEZERRA DE F. SABOIA, CYNARA KAROLINA RODRIGUES DA CRUZ, FABRÍCIO TAVARES MENDONÇA, JUSSYANNE MARIA LEITE BRAGA, RAMON MAGRO FERREIRA.....	89
1337	SCALP BLOCK PARA REALIZAÇÃO DE SUTURA EXTENSA DE FERIDA DE COURO CABELUDO EM PACIENTE DE TRAUMA CERVICAL EM USO DE COLAR CERVICAL: UM RELATO DE CASO RAFAEL DOS SANTOS CRUZ VERAS, CAROLINA BAHIA DAHIA, VERA LUCIA ADAS PETERSEN	90
1338	PSEUDOCOLINESTERASE ATÍPICA EM PACIENTE SUBMETIDO A CIRURGIA DE URGÊNCIA GIOVANNA COSTELLA CALABRESE, ANDRE LUIS SALAI PEREIRA, DURVAL RABBONI JUNIOR, JOAQUIM EDSON VIEIRA, TIAGO WATANABE YAO	91
1347	ANESTESIA EM PACIENTE COM SÍNDROME DE CORNÉLIA DE LANGE: RELATO DE CASO LARISSA DE ALMEIDA NUNES, CAIO ALVES LEMOS, JOÃO PAULO CANDIDO NASCIMENTO E SILVA, KARINE LUIZA OLIVEIRA ROSA, PEDRO ANTONIO CANEVAROLLO DE LIMA.....	92

1349	CONDUTA ANESTÉSICA EM CORREÇÃO DE HÉRNIA MORGAGNI EM ADULTO CAROLINA KOVALESKI DE SOUZA, CAROLINA BAETA NEVES DUARTE FERREIRA, DIEGO MARCELO MAY, DINA MIE HATANAKA, KAREN FERNANDA FIGUEIREDO BITAR.....	93
1350	BLOQUEIO COSTOCLAVICULAR PARA CIRURGIA DE ÚMERO PROXIMAL EM PACIENTE PNEUMOPATA GRAVE UM RELATO DE CASO CAROLINA KOVALESKI DE SOUZA, ALICE JIMENEZ KOYAMA, CAROLINA BAETA NEVES DUARTE FERREIRA, DINA MIE HATANAKA, KAREN FERNANDA FIGUEIREDO BITAR.....	94
1352	AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO DIAFRAGMÁTICA POR ULTRASSONOGRRAFIA EM COLECISTECTOMIAS VIDEOLAPAROSCÓPICAS: UMA SÉRIE DE CASOS. GABRIEL TRAJANO PETRY, GUSTAVO HENRIQUE MEURER, LUANA PREVEDELLO SIGANSKI, MARCOS LAZARO LOUREIRO.....	95
1355	AMPUTAÇÃO DA PONTA DO CATETER EM PERIDURAL TORÁCICA BRENDA RIBEIRO GIRÃO PAPA, CLAUDIO LUIS DA FONSECA, CRISTINI ANGÉLICA ALVES CARNEIRO, JOSÉ EDUARDO DE OLIVEIRA LOBO, JULIANA PERDIGAO CERQUEIRA.....	96
1357	RELATO DE CASO DE MANEJO ANESTÉSICO NO TRATAMENTO DE LARINGOMALÁCIA EM LACTENTE DEBORAH RAVENNA CHAVES BRAINER DE BRITTO, DAVID FERREZ, JOAO DA CRUZ CARVALHO MOURA FILHO, MARCELA DE BARROS FLEX CUNHA.....	97
1359	AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO DOS PACIENTES SOBRE O ANESTESISTA E SUAS HABILIDADES NÃO TÉCNICAS MAYSA SIQUEIRA OLIVEIRA PINHEIRO, MARCO ANTONIO FIGUEIREDO COSTA DE SOUZA, ROGERIO ALVES RIBEIRO.....	98
1369	PREVENÇÃO DA DOR NO MEMBRO FANTASMA APÓS AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA – RELATO DE CASO CAROLINA BAHIA DAHIA, FREDERICO NEVES OLIVEIRA, RAFAEL DOS SANTOS CRUZ VERAS, VERA LUCIA ADAS PETTERSEN.....	99
1373	DELIRIUM PÓS-OPERATÓRIO HIPOATIVO EM IDOSO NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA: DESAFIO DIAGNÓSTICO FRENTE À POSSIBILIDADE DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO RELATO DE CASO ROXANNE CABRAL PINTO SANTOS, EDMAR JOSÉ ALVES DOS SANTOS, NATHALIA PEREIRA PAES DE SÁ, NATHALIA RODRIGUES LEÃO PINA, PAULA CRISTINA LEITÃO DE ASSUNÇÃO.....	100
1378	SEDAÇÃO COM ANESTÉSICO INALATÓRIO ISOFLURANO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI): RELATO DE CASO JULIA ARAUJO VIGIATO, MARCELO LUIS ABRAMIDES TORRES, SUELY PEREIRA ZEFERINO.....	101
1380	DISFUNÇÃO VENTRICULAR ESQUERDA GRAVE NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DE COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA ANDRE LUIS SALAI PEREIRA, ALICE FREITAS MACEDO, IVELISE SILVA DE OLIVEIRA, ORLANDIRA COSTA ARAUJO, RENATA VELOSO SILVA LAURINO.....	102
1388	AVALIAÇÃO DA ANALGESIA PÓS-OPERATÓRIA DO BLOQUEIO ESPINHAL SEM ADIÇÃO DE MORFINA ASSOCIADO A BLOQUEIOS DO NERVO SAFENO E CIÁTICO EM CIRURGIAS DE PÉ E TORNOZELO: ENSAIO CLÍNICO PROSPECTIVO E RANDOMIZADO LUCAS ERNESTO DO RÉGO CASTRO, JOÃO VITOR FERREIRA GONZATTI, MARCELO CARNEIRO DA SILVA, MATHEUS SAMPAIO MATOS, RAYANNE TOJAL DE CARVALHO GOMES.....	103
1393	MANEJO DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA NA RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA SECUNDÁRIA A BLOQUEIO INTERESCALÊNICO: RELATO DE CASO MARIANA DINAMARCO MESTRINER, CLAUDEMIR ANTONIO BIANKI FILHO, FERNANDA MACHADO OLIVEIRA, GUILHERME ROCHA LEO CARDOZO, SERGIO MARIANO ZUAZO.....	104
1395	MANEJO ANESTÉSICO DURANTE PLEUROSCOPIA EM PACIENTE PORTADOR DE SÍNDROME DE MORVAN VITORIA LUIZA RIBEIRO SANTOS, BRUNA BARRETO FALCÃO, MARIANA CUNHA SOARES DA ROCHA, ROBSON DE ALVARENGA FACINA, ROGÉRIO LUIZ DA ROCHA VIDEIRA.....	105
1396	MANEJO ANESTÉSICO EM PACIENTE PEDIÁTRICO COM DIAGNÓSTICO DE OSTEOGÊNESE IMPERFEITA LILIAN BERNARDETE MENDES RABELO, EDSON HORN, KAMILA GOMES DE SALES SOUZA, WESLEY SANTOS SILVA.....	106

1397	VIA AÉREA DIFÍCIL EM PACIENTE PÓS-OPERATÓRIO DE ARTRODESE DE COLUNA CERVICAL RELATO DE CASO ANA PAULA BEATRIZ MENDES SILVA, ESTHER ALESSANDRA ROCHA, MARIA DE LOURDES SOUSA LIMA, MAYARA CRISTINA SANCHES, NATHALIA FONTOURA SIGNE	107
1400	COMPLICAÇÕES DA RAQUIANESTESIA TOTAL EM GESTANTE SUBMETIDA A CESARIANA: RELATO DE CASO KARINE LUIZA OLIVEIRA ROSA, FERNANDA DE SOUZA FREITAS, GEÓRGIA DE FREITAS SOUZA, JOÃO PAULO CANDIDO NASCIMENTO E SILVA, LEANDRO ELYADES MIRANDA.....	108
1411	INTUBAÇÃO ACORDADA POR BRONCOFIBROSCOPIA EM PACIENTE PORTADORA DE VIA AÉREA DIFÍCIL E EXTENSA MASSA CERVICAL BILATERAL – RELATO DE CASO. NATHALIA RODRIGUES LEÃO PINA, ANA ANGELICA DE ASSUNÇÃO PORTELA, CLAUDIA REGINA MACHADO, GUSTAVO PERISE MOREIRA VERAS, JULIA TRISTAO DE REZENDE.....	109
1412	BLOQUEIO SUBARACNÓIDEO COM 5MG DE BUPIVACAINA HIPERBÁRICA PARA CESARIANA ELETIVA EM PACIENTE COM INSUFICIÊNCIA MITRAL GRAVE, ASSOCIADA A INSUFICIÊNCIA TRICÚSPIDE E HIPERTENSÃO PULMONAR- RELATO DE CASO NATHALIA RODRIGUES LEÃO PINA, CLARA DE OLIVEIRA MENON, MARCO AURELIO DAMASCENO SILVA, RAFAEL DE OLIVEIRA SARTINI, ROXANNE CABRAL PINTO SANTOS	110
1415	INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL EM PACIENTE COM SÍNDROME DA PESSOA RÍGIDA AVANÇADA: ESTRATÉGIA ANESTÉSICA COM BLOQUEADOR NEUROMUSCULAR DESPOLARIZANTE RELATO DE CASO ROXANNE CABRAL PINTO SANTOS, ANA ANGELICA DE ASSUNÇÃO PORTELA, EDMAR JOSÉ ALVES DOS SANTOS, MIRIAM TAGLIATTI GONÇALVES, PAULA CRISTINA LEITÃO DE ASSUNÇÃO	111
1419	HIDRODISSECÇÃO DE NERVO PERIFÉRICO GUIADA POR ULTRASSONOGRAFIA NO TRATAMENTO DE DOR CRÔNICA PÓS-OPERATÓRIA: RELATO DE CASO ANDRÉ CARDOSO DE OLIVEIRA, AMANDA GONÇALVES ZERO, JOÃO PAULO CANDIDO NASCIMENTO E SILVA, KARINE LUIZA OLIVEIRA ROSA, LARISSA DE ALMEIDA NUNES.....	112
1420	BLOQUEIO DE FÁSCIA ILÍACA ASSOCIADO A ANESTESIA GERAL PARA ARTROTOMIA EM PEDIATRIA LETICIA GOULART JAPIASSU, ADRIANA NAVARRO MACHADO FERNANDES, IAGO BARBOSA PINTO RODRIGUES, IGOR BATISTA CAVALCANTI, LILIAN BERNARDETE MENDES RABELO.....	113
1422	MANEJO ANESTÉSICO PARA BRAQUITERAPIA DE COLO UTERINO EM UNIDADE REFERÊNCIA NO TRATAMENTO DE CÂNCER: SÉRIE DE CASOS MATHEUS VINICIUS FERNANDES SANTOS, DAYAN AUTRAN LAMEGO, ISABELA MOREIRA SILVA, KARINA BERNARDI PIMENTA, MARIA EUGENIA DE OLIVEIRA MARCAL E SILVA CARVALHO	114
1424	MANEJO ANESTÉSICO EM PACIENTE COM SÍNDROME DE DANDY-WALKER..... RELATO DE CASO LUIZ CASEMIRO KRZYZANIAK GRANDO, EUGENIO PAGNUSSATT NETO, JOÃO MANOEL PEREIRA SASSO, JOSÉ ROBERTO GRISOLFI, RENATO BRONDANI GAI.....	115
1451	COMPLICAÇÕES NOS PRIMEIROS TRINTA DIAS APÓS TRANSPLANTE HEPÁTICO: ESTUDO DE COORTE RETROSPECTIVO GUSTAVO SZCZECINSKI PUCHALSKI, CAROLINA GIESEL GRALA, DANIEL TROST, EDUARDA SCHÜTZ MARTINELLI, VASCO MIRANDA JÚNIOR	116
1456	ANESTESIA EM PACIENTE COM TROMBOSE DE SEIO CAVERNOSO PARA CIRURGIA DE CORREÇÃO DE LESÃO LIGAMENTAR DE JOELHO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA ISADORA GARCIA MARTINS, ELENIR APARECIDA DOLES GODOY, HENRIQUE TOFOLI VIEIRA MACHADO, HUGO DALAQUA, OCTAVIANO AUGUSTUS LOMBARDI.....	117
1460	BRONCOASPIRAÇÃO MACIÇA PÓS INDUÇÃO ANESTÉSICA EM QUADRO DE ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO: UM RELATO DE CASO LEONARDO SOUSA MUNDOCO, AMANDA CACAES MODESTO ACCIOLY, MARIA FERNANDA DE MIRANDA MARCELINO, MYLENA VALADARES SILVA, ZENNO COSTA DUTRA	118
1462	REFLEXO DE BEZOLD-JARISCH EM ARTROSCOPIA DE OMBRO MIGUEL EDUARDO LAUAND CARACIO, ANA JULIA MACHADO RANIEL, ANDREI DE CAMARGO CAROTTI, CARLOS EDUARDO LUSSY YAMAZUKA, PEDRO HENRIQUE ALBERTE DERROIDI	119
1464	DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE UM MODELO DE RISCO PARA COMPLICAÇÕES RESPIRATÓRIAS PERIOPERATÓRIAS EM CRIANÇAS SUBMETIDAS A CIRURGIAS NÃO CARDÍACAS SAVIO LUIZ SANTOS LOPES, CARLOS EDUARDO PINZON, ISABELA SPIDO SIRTOLI, LUCIANA PAULA CADORE STEFANI, MARÍLIA CUNHA GOIDANICH.....	120

1470	INSERÇÃO PROLONGADA E DOMICILIAR DE CATETER PERIDURAL EM PÓS-OPERATÓRIO PARA CONTROLE ÁLGICO: RELATO DE CASO LEONARDO SOUSA MUNDOCO, ERYCLADUIA CHRYSTIAN AGRIPINO BRASILEIRO, MARIA FERNANDA DE MIRANDA MARCELINO, MYLENA VALADARES SILVA, THIAGO CESAR SANTANA JORQUEIRA	121
1476	ANESTESIA PARA CORREÇÃO DE FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR EM PACIENTE COM ATAXIA DE FRIEDREICH: RELATO DE CASO FELIPE CARPENEDO, ANDREY BERNARDO LOPES GREGO, BRUNA FERNANDA BATTISTUZZI BARBOSA, MARISA PIZZICHINI	122
1477	PÚRPURA TROMBOCITOPÊNICA IDIOPÁTICA E ANESTESIA GERAL PARA CESARIANA: RELATO DE CASO. BRUNA FARIA OLIVEIRA, IGOR LUCAS PINHEIRO DE SOUSA, KAMILLA MACIEL COSTA SALES, MANUELA NADINE AMUI PINHEIRO	123
1480	PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA INDUZIDA POR TEMPESTADE ELÉTRICA DURANTE ANESTESIA PARA ANGIOPLASTIA CORONARIANA: UM RELATO DE CASO ROXANNE CABRAL PINTO SANTOS, ANA ANGELICA DE ASSUNÇÃO PORTELA, BRUNO VÍTOR MARTINS SANTIAGO, MARCO AURELIO DAMASCENO SILVA, MIRIAM TAGLIATTI GONÇALVES	124
1482	ESTRATÉGIA ANESTÉSICA EM OBSTETRÍCIA PARA PACIENTE COM DEFICIÊNCIA DO FATOR VII DE COAGULAÇÃO: RELATO DE CASO DANILO MARQUES DE AQUINO, GUILHERME GROTO SANTOS, JOSÉ MATOS DE OLIVEIRA NETO, LUISA LOBO SOUSA.....	125
1484	BRADICARDIA E PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA EM ANESTESIA PEDIÁTRICA: RELATO DE CASO. IGOR LUCAS PINHEIRO DE SOUSA, ALINE MARIA LIMA DE ASSIS, LUCIANA MATHIAS DE CAMARGO, MANUELA PESSOA CRUZ, VIRGÍNIA GUIMARAES CARELLOS SILVA AGUIAR	126
1485	ANESTESIA PARA CIRURGIA CITORREDUTORA COM QUIMIOTERAPIA INTRATORÁCICA HIPERTÉRMICA (HITOC) VALÉRIA MENESES SOUSA, NEUSA TSUGUIE ONARI, RAPHAEL DE MORAES P CHAVES.....	127
1487	ANESTESIA PARA ABORDAGEM DE OSTEOMIELITE EM FÊMUR DE CRIANÇA COM DEFICIÊNCIA DO CDKL5..... RELATO DE CASO ISABELLA RODRIGUES REIS, CELSO EDUARDO REZENDE BORGES, GABRIELA DA SILVA MACHADO, JOÃO PAULO JORDÃO PONTES, PABLINE VANIN CLAUDINO	128
1489	ANESTESIA EM UMA CESARIANA ASSOCIADA A HISTERECTOMIA POR PLACENTA PERCRETA: UM RELATO DE CASO MICAELLA RONCHI TESTONI, AMANDA GOMES FONSECA, DANIELLE MODENA VALENTE	129
1497	MAPEAMENTO DO PLANO TERAPÊUTICO DOS PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS DO PROGRAMA MELHOR EM CASA THYAGO DOUGLAS PEREIRA MACHADO, CAIO VINÈ ROCHA, DEMETRIUS DE SOUZA E SILVA, JOSIMEIRY CAETANO OLIVEIRA ROSA, SALOMÃO SAMPAIO SARAIVA	130
1499	ANESTESIA PARA CIRURGIA DE HEMORROIDECTOMIA EM PACIENTE COM SÍNDROME PÓS POLIOMIELITE RELATO DE CASO ISABELLA RODRIGUES REIS, ANDREA BOUCAS CALDEIRANI, GABRIELA DA SILVA MACHADO, JOÃO PAULO JORDÃO PONTES, RAPHAEL DE ALMEIDA CARVALHO.....	131
1500	DUODENOPANCREATECTOMIA EM PACIENTE COM RECUSA AO USO DE HEMOCOMPONENTES. UM RELATO SOBRE O GERENCIAMENTO DO SANGRAMENTO RAFAEL KATSUNORI WATANABE, MARISA PIZZICHINI, MAURICIO HENRIQUE ZANINI CENTENARO	132
1502	SEDAÇÃO COMBINADA DE DEXMEDETOMIDINA-CETAMINA EM PACIENTE PEDIÁTRICO SUBMETIDO A BRONCOSCOPIA POR ASPIRAÇÃO DE CORPO ESTRANHO: UM RELATO DE CASO THAYS SILVA RODRIGUES, BIANCA RODRIGUES DA MOTA, GUILHERME COELHO MACHADO NUNES, LEANDRO CRISCUOLO MIKSCHÉ, PAULO SERGIO MATEUS MARCELINO SERZEDO	133
1531	ANALGESIA PÓS-OPERATÓRIA EM CIRURGIAS DE CÂNCER DE MAMA: TÉCNICAS ANESTÉSICAS E PAPEL DAS CITOCINAS RAFAELA BARCELOS ANDRADE, FLORA MARGARIDA BARRA BISINOTTO, LETICIA TEREZA DORNELAS DE MELO, NATALIA NUNES SANTOS, PAULA BORELA PERFEITO ABUD	134

1532	COMPLICAÇÃO CARDÍACA INTRAOPERATÓRIA RELACIONADA À SOLUÇÃO COM ADRENALINA 2%: UM RELATO DE CASO GABRIELA ROSA DA SILVA COSTA, EDUARDO SOUSA MACHADO ARANTES, JOÃO PAULO CANDIDO NASCIMENTO E SILVA, LARISSA DE ALMEIDA NUNES, LEANDRO ELYADES MIRANDA.....	135
1537	ANESTESIA PARA CESARIANA EM PACIENTE SUBMETIDA À CORREÇÃO DE MENINGOMIELOCELE RELATO DE CASO VANESSA PEREIRA COSTA, DIEGO DE CAMARGO SILVA, MARIA LUIZA BEZERRA VIEIRA	136
1590	PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA EM CIRURGIA ORTOPÉDICA POR HIPERPOTASSEMIA AGUDA EM PACIENTE DIALÍTICA MARIA FERNANDA DE MIRANDA MARCELINO, ERYCLADUIA CHRYSTIAN AGRIPINO BRASILEIRO, LEONARDO SOUSA MUNDOCO, MYLENA VALADARES SILVA, THIAGO CESAR SANTANA JORQUEIRA.....	137
1592	ANESTESIA COMBINADA PARA CIRURGIA INTRAFETAL POR HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÊNITA GRAVE RELATO DE CASO NATHALIA RODRIGUES LEÃO PINA, GABRIELA NOEL DELMONTE, MARCO AURELIO DAMASCENO SILVA, MELLISSA ALEIXO MACHADO, PAULA CRISTINA LEITÃO DE ASSUNÇÃO	138
1594	ECMO VENO-VENOSO EM HEMORRAGIA ALVEOLAR MACIÇA: RELATO DE CASO. VITOR LUSTOSA MACHADO, GUILHERME OLIVEIRA CAMPOS, JOÃO PEDRO MOREIRA MIRANDA CAMBUÍ, TIAGO FALCAO DIAS DOS SANTOS, VICTOR SAMPAIO DE ALMEIDA	139
1607	MANUSEIO DE DOR CRÔNICA DE NEUROMA DE MORTON COM COMBINAÇÃO DE BLOQUEIO CAUDAL E INFILTRAÇÃO GUIADA POR ULTRASSOM RELATO DE CASO THIAGO BEZERRA GASPAR CARVALHO DA SILVA	140
1614	CONTROLE DE DOR ONCOLÓGICA COM SIMPATECTOMIA SACRAL E ANALGESIA PERIDURAL CONTÍNUA: RELATO DE CASO THOMAS SANTIAGO LOPES FURTADO, GUSTAVO ESTEVAM DA SILVA GOMES, PAULA LUIZA ISABELLA CRUZ, PEDRO HENRIQUE NOGUEIRA PIMENTEL, PEDRO HENRIQUE TORRES MENEZES	141
1619	TÉCNICA "ASLEEP-AWAKE" PARA CORREÇÃO DE MALFORMAÇÃO ARTERIOVENOSA CEREBRAL: UM RELATO DE CASO MARIANA FREITAS DA SILVA, BRUNO MENDES CARMONA, DANIEL SOUZA DA COSTA, JOSÉ HALEX DE BARROS NETO, LISYA MARIA FEITOSA LIRA.....	142
1621	ANESTESIA OBSTÉTRICA E FETAL NO TRATAMENTO DA MALFORMAÇÃO CÍSTICA ADENOMATOSA TIPO II RELATO DE CASO JOÃO PEDRO ANANIAS MONTEIRO, ANTONIO FERNANDES MORON, CID AKIHIKO URA KUSANO, GABRIELA LISSA SUZUKI, MARINA CESTARI DE RIZZO	143
1623	CUIDADOS NA ANESTESIA EM PACIENTE COM FRATURA E LUXAÇÃO PÓS-TRAUMÁTICA DE C1-C2 (OS ODONTOIDEUM) E MIELOPATIA COMPRESSIVA – UM RELATO DE CASO GUILHERME TEBALDI CARVALHO, ALINE CHAVES BARROS, BRUNO VÍTOR MARTINS SANTIAGO, HAINER CAMPOLINA STEHLING, MAURO RODRIGO PEREIRA DOS SANTOS	144
1627	RELATO DE CASO: COMPLICAÇÃO DECORRENTE DE PNEUMOPERITÔNIO: LESÃO CEREBRAL POR ÊMBOLO GASOSO EM PACIENTE COM FORAME OVAL PATENTE FERNANDO ASTROGILDO DE APARECIDA PIMENTA BRACARENSE, KATIA DANIELA DA SILVEIRA MILAGRES, MARCIO HENRIQUE MENDES, RICARDO LUCAS DA MOTA ALBUQUERQUE, RODRIGO DE LIMA E SOUZA.....	145
1628	RELATO DE CASO: NECRÓLISE EPIDÉRMICA TÓXICA EM PACIENTE COM EPILEPSIA BENIGNA DA INFÂNCIA CAIO HIDEKI CRUZ MARTINS, ALEXANDRA SOUZA NEUBA, LUANA MACHADO SAKAMOTO	146
1636	MANEJO ANESTÉSICO NA LIPOFUSCINOSE COROIDE NEURONAL – RELATO DE CASO TIAGO CANEU ROSSI, ANANDA COSTA DOMINGOS, DANIEL COSME FERNANDES DE MELO, MILLER FAZOLI LAMBERT, RENATA LUCIA CALADO SOUZA LIMA	147
1637	RELATO DE CASO: MANEJO DE ANAFILAXIA PERIOPERATÓRIA EM GASTROPLASTIA VIDEOLAPAROSCÓPICA TIAGO CANEU ROSSI, ANANDA COSTA DOMINGOS, DANIEL COSME FERNANDES DE MELO, LUCAS LANDIM PEREIRA, MILLER FAZOLI LAMBERT	148

1638	RELATO DE CASO: SÍNDROME DA NECRÓLISE EPIDÉRMICA TÓXICA NA CRIANÇA – MANEJO ANESTÉSICO E CONTROLE ÁLGICO. TIAGO CANEU ROSSI, ANANDA COSTA DOMINGOS, DANIEL COSME FERNANDES DE MELO, DIEGO SANTA ROSA SANTOS, MILLER FAZOLI LAMBERT.....	149
1642	EMERGÊNCIA CARDIOVASCULAR EM UMA PACIENTE GESTANTE DURANTE PROCEDIMENTO HEMODINÂMICO – RELATO DE CASO HELENA DE PAULA OLIVEIRA, ANDRÉ PEREIRA FERNANDES, EDMAR JOSÉ ALVES DOS SANTOS, MATTEO KAMPFEE LETTA, SÉRGIO LUIZ DO LOGAR MATTOS.....	150
1643	AVALIAÇÃO DA PREVALÊNCIA DE DOR CRÔNICA PÓS CIRURGIA BARIÁTRICA EM SERVIÇO PARTICULAR DE DOR NO MUNICÍPIO DE SALVADOR, BAHIA, BRASIL. MATHEUS PIRES LEMOS, ANITA PERPÉTUA CARVALHO ROCHA, DISNEI FELIX BARBOSA MATOS, LARISSA MARIA PURIDADE MACIEL.....	151
1650	ANALGESIA PÓS-OPERATÓRIA EM PACIENTE PEDIÁTRICA COM BLOQUEIO DO PLANO QUADRADO LOMBAR TIPO III EM CIRURGIA DE AMPLIAÇÃO VESICAL DEVIDO A BEXIGA NEUROGÊNICA – RELATO DE CASO. HELENA DE PAULA OLIVEIRA, BRUNO VÍTOR MARTINS SANTIAGO, CLAUDIA REGINA MACHADO, DANIEL AUGUSTO LYRA VILLELA, GERALDO AUGUSTO DE MELLO SILVA.....	152
1651	BAROTRAUMA DURANTE ANESTESIA EM LACTANTE PARA CORREÇÃO DE HERNIA INGUINAL ANA ANGELICA DE ASSUNÇÃO PORTELA, GERALDO AUGUSTO DE MELLO SILVA, GISELLE CARVALHO DE SOUSA, ROXANNE CABRAL PINTO SANTOS, SÉRGIO LUIZ DO LOGAR MATTOS.....	153
1656	HIPOXEMIA GRAVE EM PACIENTE SUBMETIDO A EXÉRESE DE TUMOR DE MADIASTINO APÓS MANIPULAÇÃO CIRÚRGICA LILIAN BERNARDETE MENDES RABELO, EDSON HORN, KAMILLA GOMES DE SALES SOUZA, WESLEY SANTOS SILVA.....	154
1663	EXTRAVASATION OF CISATRACURIUM DURING A RADIOINTERVENTION PROCEDURE A CASE REPORT VERONICA FERNANDES DE CAMPOS, RICARDO ANTONIO GUIMARÃES BARBOSA.....	155
1664	PACIENTE COM SÍNDROME DE CORNELIA DE LANGE SUBMETIDO A TRANSPLANTE RENAL: RELATO DE CASO TIAGO CANEU ROSSI, BRUNA LAZZARETTO BOHNENKAMP, DANIEL COSME FERNANDES DE MELO, GUSTAVO ESTEVAM, MILLER FAZOLI LAMBERT.....	156
1667	ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DE PACIENTES COM FIBROMIALGIA EM UM SERVIÇO DE SAÚDE PÚBLICO BRASILEIRO: UMA VISÃO ABRANGENTE. MILENA DARA FARIAS DE JESUS NEVES LINHARES, ANA CAROLINA SILVA ROCHA, JOÃO BATISTA SANTOS GARCIA, LUCAS SOARES BRITO.....	157
1669	ANESTESIA PARA CESARIANA EM PACIENTE COM ANEMIA FALCIFORME E A PREVENÇÃO INTRAOPERATÓRIA DE FATORES DE RISCO PARA CRISE FALCÊMICA: UM RELATO DE CASO JULIA TRISTAO DE REZENDE, ARETHA PAES DE LIMA CARNEIRO, CLARA DE OLIVEIRA MENON, PAULA CRISTINA LEITÃO DE ASSUNÇÃO, SÉRGIO LUIZ DO LOGAR MATTOS.....	158
1670	CUIDADOS NO MANEJO E ESCOLHA DA TÉCNICA ANESTÉSICA EM CRIANÇA PORTADORA DE PÊNFIGO FOLIÁCEO: UM RELATO DE CASO JULIA TRISTAO DE REZENDE, BRUNO VÍTOR MARTINS SANTIAGO, CLARA DE OLIVEIRA MENON, NATHALIA RODRIGUES LEÃO PINA, SÉRGIO LUIZ DO LOGAR MATTOS.....	159
1671	HEMORRAGIA PÓS PARTO (HPP) MACIÇA E O USO TROMBOELASTOMETRIA ROTACIONAL (ROTEM) NA ORIENTAÇÃO A TERAPIA TRANSFUSIONAL GRACIELE DE CARO REIS MACHADO, BRUNO VÍTOR MARTINS SANTIAGO, MARCO AURELIO DAMASCENO SILVA, MIKE CAVALCANTE BARBOSA.....	160
1672	MIASTENIA GRAVIS E IMPLICAÇÕES ANESTÉSICAS GRACIELE DE CARO REIS MACHADO, BRUNO VÍTOR MARTINS SANTIAGO, MARCO AURELIO DAMASCENO SILVA, MIKE CAVALCANTE BARBOSA.....	161
1674	REAÇÃO ALÉRGICA APÓS USO DE INDOCIANINA VERDE EM PACIENTE COM HISTÓRICO DE ALERGIA A IODO – RELATO DE CASO RENATA HELLEN DENIS DOS SANTOS, BERENICE MARIA KOMINEK SATO, LUCAS BINOTTO FORMIGHIERI, MARINA LOPES FERREIRA, PATRICIA MOREIRA.....	162
1675	INTOXICAÇÃO POR ANESTÉSICO LOCAL EM BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL VIA AXILAR GRACIELE DE CARO REIS MACHADO, ALBERTO FREAZA LOBÃO BASTOS, BRUNO VÍTOR MARTINS SANTIAGO, MARCO AURELIO DAMASCENO SILVA, MIKE CAVALCANTE BARBOSA.....	163

1676	BLOQUEIO CONTÍNUO SUPRACLAVICULAR PARA MANEJO DE DOR EM FRATURA COMPLEXA DE ÚMERO PROXIMAL: RELATO DE CASO IGOR DUQUE GONCALVES DA SILVA, DANIELA GOMES DE SOUZA, LUIZ GUILHERME MODESTO SZENESZI, PAULA CRISTINA LEITÃO DE ASSUNÇÃO, RAFAEL DE OLIVEIRA SARTINI	164
1683	PREPARO PRÉ-OPERATÓRIO E MANEJO INTRAOPERATÓRIO EM PACIENTE SUBMETIDO A LOBECTOMIA PARA TRATAMENTO DE TUMOR NEUROENDÓCRINO PULMONAR METASTÁTICO GERSICA FERREIRA CAMILO, IGOR FAGUNDES VIEIRA, KATIA DANIELA DA SILVEIRA MILAGRES, MARCIO HENRIQUE MENDES, RODRIGO DE LIMA E SOUZA	165
1684	MANEJO DA VIA AÉREA COM CISTOS DE LARINGE: RELATO DE CASO REBECA MEIRELLES DE ARAUJO ASSIS, CLAUDIA MARQUEZ SIMOES, TALITHA GONÇALEZ LELIS	166
1689	ANESTESIA PARA CESARIANA EM GESTANTE COM MIOCARDIOPATIA NÃO COMPACTADA: RELATO DE CASO TIAGO CANEU ROSSI, ANANDA COSTA DOMINGOS, DANIEL COSME FERNANDES DE MELO, DIEGO SANTA ROSA SANTOS, MILLER FAZOLI LAMBERT	167
1691	RECONHECIMENTO E MANEJO DA EMBOLIA AMNIÓTICA PERIOPERATÓRIA DURANTE CESARIANA- RELATO DE CASO TIAGO CANEU ROSSI, BRUNA LAZZARETTO BOHNENKAMP, DANIEL COSME FERNANDES DE MELO, GUSTAVO ESTEVAM, MILLER FAZOLI LAMBERT	168
1695	CESARIANA EM PACIENTE COM NECRÓLISE EPIDÉRMICA TÓXICA- RELATO DE CASO. TIAGO CANEU ROSSI, ANDRÉ AUGUSTO MAFRA MARQUES, BRUNA LAZZARETTO BOHNENKAMP, DANIEL COSME FERNANDES DE MELO, MILLER FAZOLI LAMBERT	169
1700	ANESTESIA PARA BULECTOMIA CONGÊNITA MONOPULMONAR PEDIÁTRICA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: RELATO DE CASO DANIELA GOMES DE SOUZA, FELIPE MEDEIROS ALMEIDA, FERNANDA CAVALCANTI CARNEIRO, LÚCIA LETÍCIA BEATO DE PINHO FREITAS, RAFAEL DE OLIVEIRA SARTINI.....	170
1701	BLOQUEIO DA FÁSCIA TIREOIDIANA PARA ANALGESIA PÓS-OPERATÓRIA EM TIREOIDECTOMIAS – RELATO DE CASO TIAGO CANEU ROSSI, BRUNA LAZZARETTO BOHNENKAMP, BRUNNA NAMETALA FINAMORE RAPOSO, DANIEL COSME FERNANDES DE MELO, MILLER FAZOLI LAMBERT	171
1702	MANEJO ANESTÉSICO DA REVASCULARIZAÇÃO CEREBRAL EM CRIANÇA COM DOENÇA DE MOYAMOYA E ANEMIA FALCIFORME: RELATO DE CASO BEATRIZ LOPES DA SILVA BADARO, ARTUR SOMBRA BATISTA, EMÍLIO CARLOS DEL MASSA, GEÓRGIA BARROSO MARQUES, GILMAR PEREIRA COAN.....	172
1703	INTUBAÇÃO ACORDADO EM PACIENTE COM ESPONDILITE ANQUILOSANTE AVANÇADA UM RELATO DE CASO GABRIELA NOEL DELMONTE, GERALDO AUGUSTO DE MELLO SILVA, GUSTAVO PERISE MOREIRA VERAS, MELLISSA ALEIXO MACHADO, NATHALIA RODRIGUES LEÃO PINA.....	173
1711	ANESTESIA LIVRE DE OPIOIDES PARA COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA EM PACIENTE COM DISTROFIA MIOTONICA RELATO DE CASO GABRIELA DA SILVA MACHADO, ANASTÁCIO DE JESUS PEREIRA, CELSO EDUARDO REZENDE BORGES, JOÃO PAULO JORDÃO PONTES, RODRIGO RODRIGUES ALVES.....	174
1726	MANUSEIO DA VIA AÉREA EM PACIENTE SUPEROBESO NA URGÊNCIA..... RELATO DE CASO CAROLINA BAHIA DAHIA, FREDERICO BIRCHALL BICUDO, PAULA DIAS GONCALVES, PEDRO ADAS PETTERSEN, VERA LUCIA ADAS PETTERSEN	175
1727	REAÇÃO ALÉRGICA AO AZUL DE METILENO EM MAMOPLASTIA REDUTORA: RELATO DE CASO MIKÉ CAVALCANTE BARBOSA, GRACIELE DE CARO REIS MACHADO, LÚCIA LETÍCIA BEATO DE PINHO FREITAS, RAFAEL DE OLIVEIRA SARTINI, YURI RAIMUNDO ARAUJO.....	176
1729	ANESTESIA PERIDURAL PARA CESARIANA EM PACIENTE COM SÍNDROME DE MARFAN: UM RELATO DE CASO CLARA DE OLIVEIRA MENON, BRUNO VÍTOR MARTINS SANTIAGO, JULIA TRISTAO DE REZENDE, LUMA AMORIM CARLOS, MARCO AURELIO DAMASCENO SILVA.....	177
1731	EDEMA PULMONAR POR PRESSÃO NEGATIVA NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO: UM RELATO DE CASO EVILYN MAYARA DE ANDRADE OLIVEIRA FEITOZAS, LUCAS IANNUZZI MARTINS, RAFAELA BRASIL E SILVA NUNES, RENATO PIRES DO NASCIMENTO, WAGNER DE PAULA ROGERIO	178

1732	ANESTESIA PARA CIRURGIA NÃO CARDÍACA EM PACIENTE TRANSPLANTADA CARDÍACA: RELATO DE CASO. THATIANE NOEL, ANDRÉA JORGE E SILVA, EDUARDO LINS MONTEIRO, MARCO ANTÔNIO CARDOSO DE RESENDE	179
1734	CHOQUE ANAFILÁTICO ASSOCIADO A INFUSÃO DE ONDANSETRONA EM PACIENTE SUBMETIDO A TIMPANOMASTOIDECTOMIA. RELATO DE CASO. LIZANDRA SOARES DE ASSIS, DIEGO DE CARVALHO NOLASCO, RONALDO ANTONIO DA SILVA	180
1735	ESP BLOCK EM NEUROBLASTOMA CÉRVICO-TORÁCICO EM CRIANÇA: UM RELATO DE CASO JOSÉ VINÍCIUS SILVA BEZERRA, LAURA BEATRIZ DE MESQUITA GOUVEIA, RAYANNE MAYARA SILVA DE OLIVEIRA VALGUEIRO DE ANDRADE, ROQUE RICARDO RODRIGUES SORIANO.....	181
1737	BLOQUEIO DO GÂNGLIO ESFENOPALATINO PARA TRATAMENTO DE CEFALEIA REFRAATÁRIA APÓS PUNÇÃO ACIDENTAL DA DURA MÁTER EM REALIZAÇÃO DE BLOQUEIO PERIDURAL: UM RELATO DE CASO CLARA DE OLIVEIRA MENON, JULIA TRISTAO DE REZENDE, LÚCIA LETÍCIA BEATO DE PINHO FREITAS, NATHALIA RODRIGUES LEÃO PINA, RAFAEL DE OLIVEIRA SARTINI	182
1742	REALIZAÇÃO DE BLOOD PATCH PARA TRATAMENTO DE CEFALEIA REFRAATÁRIA CAUSADA POR HIPOTENSÃO LIQUÓRICA DEVIDO A FÍSTULA VENO-LIQUÓRICA: UM RELATO DE CASO CLARA DE OLIVEIRA MENON, ARETHA PAES DE LIMA CARNEIRO, BRUNO VÍTOR MARTINS SANTIAGO, JULIA TRISTAO DE REZENDE, PAULA CRISTINA LEITÃO DE ASSUNÇÃO	183
1748	TUMOR PÉLVICO EM GESTANTE: UM RELATO DE CASO MARIA GUERRA BARRETTO DA COSTA, ALICE GUERRA BARRETTO DA COSTA, EMÍLIO CARLOS DEL MASSA, MARCELO STUCCHI PEDOTT, PATRICIA MITSUE SARUHASHI SHIMABUKURO	184
1749	MANEJO DE VIA AÉREA DIFÍCIL EM PACIENTE EM PACIENTE COM ECTOPIA TIREOIDIANA TOTAL E LINGUAL: UM RELATO DE CASO EVILYN MAYARA DE ANDRADE OLIVEIRA FEITOZAS, ELVYA DAMASCENO NASCIMENTO MACIEL, LUCAS IANNUZZI MARTINS, MARUJA LANDAURO ROJAS, RENATO PIRES DO NASCIMENTO.....	185
1763	SÍNDROME DE TAKOTSUBO APÓS RAQUIANESTESIA PARA ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO: UM RELATO DE CASO MARCOS VINÍCIUS DE SOUZA FERNANDES, FELIPE CERQUEIRA MATHEUS, GABRIELA NOEL DELMONTE, IVANI CORREIA MESQUITA, LÚCIA LETÍCIA BEATO DE PINHO FREITAS.....	186
1767	AVALIAÇÃO COM ULTRASSONOGRAFIA POINT OF CARE NO MANEJO DO PACIENTE COM ABDOME AGUDO VASCULAR LETICIA GOULART JAPIASSU, ADRIANA NAVARRO MACHADO FERNANDES, IAGO BARBOSA PINTO RODRIGUES, JONATHAN MATHEUS MARTINS RODRIGUES.....	187
1768	IMPLANTE DE ESTIMULADOR CEREBRAL PROFUNDO EM PACIENTE COM DOENÇA DE PARKINSON PRECOCE / TÉCNICA AWAKE-SLEEP DANIEL SHIRRAL COSTA LIMA, CLAUDIA REGINA MACHADO, EDMAR JOSÉ ALVES DOS SANTOS, LUCAS DUTRA BASTOS PEREIRA, SOLANGE MARIA LAURENCEL	188
1787	PARTO CESÁREO DE EMERGÊNCIA, SOB ANESTESIA GERAL, EM UMA GESTANTE COM RUPTURA DE CORDOALHAS HELENA DE PAULA OLIVEIRA, BRUNO VÍTOR MARTINS SANTIAGO, LÚCIA LETÍCIA BEATO DE PINHO FREITAS, MATTEO KAMPFEE LETTA, RAFAEL DE OLIVEIRA SARTINI	189
1790	ABREVIÇÃO DO JEJUM PRÉ-OPERATÓRIO: OS RESULTADOS CLÍNICOS DA IMPLANTAÇÃO DE UMA NOVA LINHA DE CUIDADO ASSISTENCIAL EM UM GRANDE COMPLEXO HOSPITALAR EDUARDO BAUMGARDT, FLORENTINO FERNANDES MENDES, LIEGE CAROLINE IMMICH, RAFAELA FESTUGATTO TARTARI, RAMON MAGALHÃES MENDONÇA VILELA	190
1823	ANESTESIA PARA RECÉM NASCIDO COM AGENESIA DIAFRAGMÁTICA A ESQUERDA. RELATO DE CASO LUCAS GARCIA ROCHA, FLAVIA ASSIS FERNANDES, JOÃO PAULO JORDÃO PONTES, WEBER ELIAS DE CARVALHO	191
1841	SÍNDROME DOLOROSA REGIONAL COMPLEXA TIPO1: DESAFIO NO TRATAMENTO, HÁ LIMITE DE INTERVENÇÕES? VANESSA HENRIQUES CARVALHO, EMICA SHIMOZONO.....	192
1870	AMAUROSE BILATERAL TRANSITÓRIA APÓS ANESTESIA PARA PANCREATECTOMIA: RELATO DE CASO MARIA GABRIELA RIBEIRO ALVES, EMÍLIO CARLOS DEL MASSA, GILMAR PEREIRA COAN, KESSYA TELES OLIVEIRA.....	193

1874	COMPARAÇÃO DE ANESTESIA POUPADORA DE OPIOIDE E LIVRE DE OPIOIDE EM RELAÇÃO À DOR, ÍLEO E NÁUSEAS E VÔMITOS PÓS-OPERATÓRIOS PARA CIRURGIA DE CITORREDUÇÃO COM QUIMIOTERAPIA HIPERTÉRMICA VICTORIA KRELING LAU, ANA ELISA AGOSTINI SERAFIM, FLORENTINO FERNANDES MENDES, LIEGE CAROLINE IMMICH, PAULO ALIPIO GERMANO FILHO.....	194
1877	MANEJO ANESTÉSICO EM PACIENTE COM ANEURISMA CEREBRAL PORTADOR DE SITUS INVERSUS TOTALIS YALLY DAYANNE OLIVEIRA FERREIRA, FELIPE LORENSINI GIANNI, MILTON BUENO DE ARRUDA JUNIOR, RENATO MACEDO TEIXEIRA DE QUEIROZ	195
1879	PERIDURAL ANALGÉSICA PARA TRATAMENTO DE FRATURAS MÚLTIPLAS POR VERTEBROPLASTIA PERCUTÂNEA EM IDOSO RELATO DE CASO ISABELA CAMPOS RAMALHO, ANA LUIZA MAURICIO LEITE BARREIROS, GUALTER LISBOA RAMALHO, LETICIA GOMES FÉLIX DA SILVA, RAFAEL VICTOR MOITA MINERVINO	196
1885	TÉCNICA ANESTÉSICA MULTIMODAL PARA CIRURGIA INTRAUTERINA DE CORREÇÃO DE MIELOMENINGOCELE FETAL: SÉRIE DE CASOS MARIANA DINAMARCO MESTRINER, ARTHUR ANTUNES PRADO, FELIPE COELHO CASSIS, JOÃO ABRÃO, SERGIO MARIANO ZUAZO	197
1890	ANESTESIA PARA ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL EM PACIENTE CARDIOPATA GRAVE COM CONTRAINDICAÇÃO DE BLOQUEIO NEUROAXIAL WEBER ELIAS DE CARVALHO, GABRIELA DA SILVA MACHADO, ISABELLA RODRIGUES REIS, JOÃO PAULO JORDÃO PONTES, LEONARDO BERNARDES VIEIRA	198
1896	ABORDAGEM DE VIA AÉREA EM ADULTO COM SEQUELAS DE ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL THATIANE NOEL, ALBERTO VIEIRA PANTOJA, LEANDRO JACOMO MARIA, MARCO ANTÔNIO CARDOSO DE RESENDE	199
1903	BLOQUEIO PREEMPTIVO DO GÂNGLIO ESFENOPALATINO DEVIDO À PUNÇÃO ACIDENTAL DA DURA-MÁTER. RELATO DE CASO GABRIEL JUAN KETTENHUBER COSTA, EDUARDO JORGE YAMADA, GUILHERME BARASUOL ROHDEN, KARINE BEDIN, NATÁLIA DA SILVEIRA COLISSI	200
1905	MANEJO ANESTÉSICO EM HEMIPLECTOMIA INTERNA TIPO IV EDUARDO MELO RODRIGUES DE ALMEIDA, AMÉRICO SALGUEIRO AUTRAN NETO, ANGELO JORGE DE QUEIROZ RANGEL MICUCI, FERNANDA DE LUNA RODRIGUES DAGER FREIRE, LAIS MARTINS NOGUEIRA.....	201
1906	ABORDAGEM ANESTÉSICA EM TIREOIDECTOMIA TOTAL DE PACIENTE COM LESÃO PRÉVIA DE NERVO LARÍNGEO RECORRENTE: RELATO DE CASO MARIAM LIDEMYS MARIN MONTEJO, CAROLINE OLINDA DE SOUZA PITOLI, DAIANA CLARA BUENO DE SOUSA BRANDÃO BARROSO, MIRLANE GUIMARÃES DE MELO CARDOSO	202
1907	USO DA PERIDURAL TORÁCICA ISOLADA PARA GASTROSTOMIA EM PACIENTE COM CONTRAINDICAÇÃO ABSOLUTA A IOT THATIANE NOEL, ALBERTO VIEIRA PANTOJA, ELISA DE CASTRO FIGUEIREDO, MARCO ANTÔNIO CARDOSO DE RESENDE	203
1909	CUIDADOS PERIOPERATÓRIOS EM PARATIREOIDECTOMIA EM PACIENTE PORTADORA DE PORFIRIA AGUDA INTERMITENTE WEBER ELIAS DE CARVALHO, JOÃO PAULO JORDÃO PONTES, LUCAS GARCIA ROCHA, PABLINE VANIN CLAUDINO	204
1914	ANESTESIA EM PACIENTE COM SÍNDROME DA PESSOA RÍGIDA. THATIANE NOEL, ALBERTO VIEIRA PANTOJA, MARCELO ZYLBERBERG, MARCO ANTÔNIO CARDOSO DE RESENDE	205
1915	PENG BLOCK, BLOQUEIO FEMORAL E RAQUIANESTESIA CONTÍNUA PARA TRATAMENTO DE FRATURA TRANSTROCANTÉRICA DE FÊMUR EM IDOSA: UM RELATO DE CASO RAYANNE MAYARA SILVA DE OLIVEIRA VALGUEIRO DE ANDRADE, JOSÉ VINÍCIUS SILVA BEZERRA, LAURA BEATRIZ DE MESQUITA GOUVEIA, ROQUE RICARDO RODRIGUES SORIANO.....	206
1922	MANEJO ANESTÉSICO DE REPARO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA AÓRTICO TORÁCICO ROTO BRUNA DO NASCIMENTO VILLELA, CARLOS FREDERICO PANISSET LANHAS LA CAVA, DELANO ARRUDA ARAGÃO, FELLIPE KAIZER GALO PERUSSO, LIVIA CÂMARA ALVES.....	207

1936	ABORDAGEM ANESTÉSICA EM CERVICOTOMIA COM RETIRADA DE CORPO ESTRANHO (ZARPÃO) + RAFIA DE VASO CERVICAL + DRENAGEM DE TORAX FECHADA A ESQUERDA: RELATO DE CASO CAROLINE OLINDA DE SOUZA PITOLI, MARIAM LIDEMYS MARIN MONTEJO, MIRLANE GUIMARÃES DE MELO CARDOSO.....	208
1955	ANESTESIA SUBDURAL ACIDENTAL APÓS PUNÇÃO PERIDURAL: RELATO DE CASO MARIA FERNANDA DE ANDRADE BOSCOLI, ANA LUIZA MOREIRA DA SILVA DIAS, JOSE EDUARDO FERREIRA GOMES, PAULO ADILSON HERRERA, RENATA CRISTINA ACACIO DOS SANTOS.....	209

1015 DERMATITE DE CONTATO ALÉRGICA PÓS-CIRURGIA COM O USO DE CLOREXIDINA: RELATO DE CASO

RÔMULO CARVALHO COSTA, CÁSSIA FERNANDA DOS SANTOS ROSA, EDUARDA LAVÍNIA CARNEIRO SANTOS, FERNANDA MACHADO OLIVEIRA, JULIANNE ALVES MACHADO

UNIVERSIDADE TIRADENTES, ARACAJU, SE, BRASIL

Introdução: A dermatite de contato é uma reação inflamatória da pele causada pelo contato de uma substância exógena com o indivíduo. Os agentes administrados por outras vias no intraoperatório como a clorexidina, o látex ou azul de metileno, podem provocar reação de hipersensibilidade após 15 minutos, durante a manutenção anestésica ou ao longo da recuperação pós-anestésica devido à absorção tegumentar. A clorexidina é um antisséptico usado em ambiente cirúrgico desde o uso cutâneo até como componente em anestésicos locais e, por ser oculto em diversos produtos, deve fazer parte da investigação de casos de anafilaxia e/ou reações alérgicas, além de tratar condições relevantes, torna-se necessária a conduta precoce do anestesista. **Relato de caso:** Paciente do sexo masculino, 55 anos, cardiopata com hipertensão arterial sistêmica, foi internado por indicação cardiológica para a inserção de um marcapasso a fim de restaurar a vitalidade do seu sistema cardiovascular. O paciente negava alergia medicamentosa. Após a cirurgia, pela manhã, o paciente referiu prurido na região peitoral direita, local de inserção do instrumento. No período noturno, o paciente desenvolveu um quadro de urticária difusa, evoluindo para eczema com bolhas, fissuras, ressecamento, descamação por quase toda a região citada. Posteriormente, o paciente apresentou melhora com a prescrição de corticoide antialérgico tópico e oral devido à grande extensão da lesão. Em investigação ambulatorial, após um mês, apresentou Patch Test positivo com hipersensibilidade para a clorexidina. **Discussão:** A clorexidina pode provocar uma reação de hipersensibilidade por exposição intravascular ou cutâneo/mucosa. Esse agente está presente no ambiente extra-hospitalar e, por isso, o paciente pode ter feito o seu uso previamente, sem reações adversas. No caso descrito, pelas características das lesões e sintomas apresentados, trata-se de uma dermatite de contato alérgica. Este tipo envolve a sensibilização do sistema imune a um alérgeno específico e, com a reexposição ao agente desencadeador, ocorre uma reação eczematosa mediada por linfócitos T de memória. Como terapia, prescreve-se o uso de corticosteroides e anti-histamínicos para o paciente. Dessa forma, uma anamnese detalhada, incluindo testes de contato, é importante para identificar reações alérgicas e, que algumas substâncias não tão comuns como a clorexidina, devem ser levadas em consideração, a fim de promover alternativas seguras para uma anestesia futura.

Palavras-chave: Anestesia, Dermatite de contato, Clorexidina.

REFERÊNCIAS

1. Rosmaninho I, Moreira A, Silva JPM, et al. Dermatite de contacto: revisão da literatura. Rev Port Imunoalergol. 2016;24:197-209.
2. Solé D, Spindola MAC, 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 II: etiologia e diagnóstico. Rev Bras Anesthesiol. 2020;70(6):642-61. <http://doi.org/10.1016/j.bjan.2020.08.008>.

1023 MANAGEMENT OF REFRACTORY PAIN IN A PATIENT WITH CALCIPHYLAXIS: A CASE REPORT

MATHEUS DOS SANTOS MANTUANO, FELIPE GUEDES RICARTE ALVES, HAZEM ADEL ASHMAWI, JULIANA XAVIER GUIMARAES

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

Background: Calciphylaxis is a rare and devastating disease that most commonly affects patients undergoing dialysis. It is characterized by painful and persistent skin lesions caused by cutaneous arteriolar calcification leading to tissue ischemia, which causes an extremely high morbi-mortality with a 50% six-month survival rate. However, there is no research to guide pain management and improve quality of life. In this report, we present the case of a patient who experienced difficult-to-control pain and died 6 months after diagnosis. **Case Report:** G.P.S., 51-year-old man with chronic lower limb pain secondary to ulcer lesions with calciphylaxis diagnosed by biopsy. Past records showed heart failure, terminal CKD and atrial fibrillation. He was admitted to the intern ward and the pain team was called. Methadone doses were adjusted and associated with dipyrrone, gabapentin and duloxetine at maximum doses. Despite this, the patient continued to experience severe pain. An epidural catheter was inserted to administer ropivacaine and fentanyl under a Patient Controlled Administration (PCA) regime. However, the results proved unsatisfactory. Subsequently, the saphenous and popliteal nerves were blocked while IV PCA with methadone was initiated, but this also presented poor outcomes. When trying IV PCA with fentanyl, his pain worsened, suggesting opioid-induced hyperalgesia. Finally, a continuous infusion of ketamine was prescribed and better results were observed over the next 10 days. However, following this period, the patient's clinical condition deteriorated and he eventually passed. **Discussion:** Currently, there are no guidelines to control pain caused from calciphylaxis. Strong opioids are commonly employed for both basal and incidental analgesia, including breakthrough pain. In this case, fentanyl caused hyperalgesia, limiting its use. Increased doses of Methadone or attempting epidural catheter analgesia and peripheral nerve blocks, provided transient and unsatisfactory pain relief. Continuous infusion of ketamine showed some results. A multimodal and multidisciplinary approach early on is crucial to guaranteeing quality of life.

Key words: Kidney Failure, Calciphylaxis, Pain

REFERENCES

1. Nigwekar SU, Thadhani R, Brandenburg VM. Calciphylaxis. N Engl J Med. 2018;378(18):1704-14. <http://doi.org/10.1056/NEJMra1505292>.
2. Polizzotto MN, Bryan T, Ashby MA, Martin P. Symptomatic management of Calciphylaxis: a case series and review of the literature. J Pain Symptom Manage. 2006;32(2):186-90. <http://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2006.03.009>. PMID:16877187.

1027 NOTALGIA PARESTÉSICA: RELATO DE CASO

MARIA EDUARDA GARCIA VIANA PAIVA, ALINE AZENHA DA SILVA, KELSON KOITI OGATA, LESIANE APARECIDA DA SILVA, STEPHANIE SOUSA SILVA

UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO - UNINOVE, SÃO PAULO, SP, BRASIL

Introdução: A Notalgia Parestésica (NP) é uma condição neurocutânea subdiagnosticada, que acomete a região dorsal entre os dermatomos T2-T6. O diagnóstico é essencialmente clínico e o quadro apresenta evolução crônica com períodos intermitentes de exacerbação e remissão. O objetivo deste trabalho é relatar um caso de NP e discutir os embasamentos terapêuticos que melhoram a sintomatologia desta doença. **Relato do caso:** Paciente sexo masculino, 56 anos, refere aparecimento de mancha na região dorsal, lado direito, há 7 meses, associado a queimação e formigamento local. Ao exame físico apresentava mácula hiperpigmentada em região subescapular direita com hiperestesia, ausência de descamação e eritema. Após ser avaliado por médico dermatologista, o paciente teve caso encaminhado para a equipe especializada em dor, com hipótese diagnóstica de Notalgia Parestésica. Inicialmente o paciente utilizou o medicamento Loratadina 10 mg via oral caso tivesse prurido e um comprimido por noite de Pregabalina 75 mg durante 1 semana, que foi posteriormente escalonado para 150 mg por noite. Após um mês, o paciente referiu melhora parcial dos sintomas, sendo então associado o uso de emplastro de Lidocaína 5% em uso tópico prescrito por 12h ao dia. Após uma semana, o paciente retorna e refere melhora significativa dos sintomas de NP. **Discussão:** O diagnóstico da NP é clínico a partir do prurido cutâneo, hiperpigmentação unilateral em região dorsal e neuropatia sensorial importante, apresentando evolução crônica com períodos intermitentes de exacerbação e remissão. Baseado na literatura atual, sabe-se que a NP é uma condição multifatorial, acometendo mais frequentemente pacientes de meia-idade, com uma prevalência significativamente maior em mulheres se comparado aos homens. Apesar de ser mais comum em pacientes de 50 a 60 anos, a NP pode ocorrer em indivíduos a partir dos 6 anos. A causa precisa da NP ainda não é completamente entendida, mas os sintomas podem ter origem em uma neuropatia sensorial. Embora ainda não haja um consenso para avaliar a eficácia dos tratamentos clínicos para NP, ele inclui o uso de medicamentos orais como Gabapentina e medicamentos tópicos como Capsaicina, que reduzem significativamente os sintomas, contudo com variação considerável no período de ação. Além dessas medicações, o uso de Toxina Botulínica A e Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea (TENS) também se mostraram como opção possível no tratamento para NP.

Palavras-chave: Prurido, Dor Neuropática, Notalgia Parestésica.

REFERÊNCIAS

1. Robinson C, Downs E, De la Caridad Gomez Y, et al. Notalgia Paresthetica review: update on Presentation, Pathophysiology, and Treatment. Clin Pract. 2023;13(1):315-25. <http://doi.org/10.3390/clinpract13010029> PMID:36826171.
2. Robbins BA, Rayi A, Ferrer-Bruker SJ. Notalgia Paresthetica. Treasure Island: StatPearls; 2023 [citado em 2023 Dez 20]. Disponível em <https://europepmc.org/article/NBK/nbk470597>.

1035 ANESTESIA COM BLOQUEIO DE NEUROEIXO PARA PARTO CESÁRIO EM PACIENTE COM ESPONDILITE ANQUILOSANTE.

MILENA MATOS DA CRUZ, DANILLO DA MOTA MORAIS, JOÃO PAULO ARIMATEA NEVES, LEIANNY COÊLHO DE CARVALHO, LORAHANA SILVESTRE PEREIRA VILAS BOAS E SILVA

HOSPITAL DOM ORIONE, ARAGUAÍNA, TO, BRASIL

A espondilite anquilosante é uma doença inflamatória crônica pertencente ao grupo das espondiloartropatias soronegativas, acometendo principalmente a coluna vertebral, pode evoluir com rigidez de nuca e limitação funcional progressiva do esqueleto axial. Geralmente inicia-se na fase adulta, com predominância no sexo masculino e em pessoas com antígeno de histocompatibilidade HLA-B27 positivos. **Relato de caso:** Paciente feminina, 39 anos, G1P0A0, com idade gestacional de 37 semanas, portadora de espondilite anquilosante, hipertensão gestacional em uso de metildopa e AAS, estado físico ASA II, peso 109,6 kg. A paciente foi monitorizada com cardioscopia, pressão arterial não invasiva a cada 5 minutos de intervalo, oximetria de pulso, venóclise em MSE com jelco 18G. Foi feita raquianestesia com a paciente sentada, com várias tentativas por dificuldade anatômica, difícil palpação, já que os ligamentos interespinhosos se calcificam, e formam pontes ósseas entre as vértebras lombares. O sucesso foi obtido com punção paramediana no espaço L3-L4, com agulha de punção tipo Quincke 25G. Foram feitos 12,5 mg de bupivacaína hiperbárica 0,5%, 25 mcg de fentanil e 100 mcg de morfina. Realizado teste do bloqueio até atingir nível de T6 antes da liberação para incisão cirúrgica, com adequado bloqueio motor, tátil e térmico. Posteriormente, o quadro da paciente evoluiu com hipotensão leve, sendo controlada com doses tituladas de metaraminol 0,5 mg, sendo dose total de 2,5 mg. A cesariana ocorreu sem intercorrências obstétricas e durou cerca de 50 minutos, com nascimento de neonato com boa vitalidade. A paciente apresentou retorno da movimentação dos membros inferiores cerca de 150 minutos após a anestesia, já em sala de recuperação anestésica, obteve alta hospitalar em 48 horas após o parto. **Discussão:** A realização da anestesia neuraxial em pacientes portadoras de espondilite anquilosante é um desafio, pois os bloqueios de neuro eixo nessas pacientes são tecnicamente difíceis e muitas vezes impossíveis devido à mobilidade articular limitada, e a obliteração dos espaços interespinhosos. A escolha da técnica anestésica com punção paramediana foi decisiva para manter estabilidade hemodinâmica, evitar a via aérea da gestante, tendo em vista sua modificação na fisiologia da gravidez, visando primeiramente o bem-estar do binômio mãe-filho a experiência de presenciar o nascimento. Apesar da dificuldade técnica por alterações anatômicas, esse caso relata um bloqueio subaracnóideo de sucesso em gestante portadora de espondilite anquilosante.

Palavras-chave: Espondilite Anquilosante, Raquianestesia, Parto cesáreo.

REFERÊNCIAS

1. Almeida PM, Nunes RCA, Piardi GAC, et al. Espondilite anquilosante na gestação. Res Soc Dev. 2022;11(15):e305111537129. ... <http://doi.org/10.33448/rsd-v11i15.37129>.
2. Oliveira CRD. Espondilite anquilosante e anestesia. Rev Bras Anesthesiol. 2007;57(2):214-22. <http://doi.org/10.1590/S0034-70942007000200011> PMID:19466356.

1038 MANEJO ANESTÉSICO DE CIRURGIA MÚLTIPLA: PLASTIA VALVAR AÓRTICA, RECONSTRUÇÃO DA AORTA ASCENDENTE, CORREÇÃO DE DISSECÇÃO DE ARCO AÓRTICO, CORREÇÃO DE DISSECÇÃO TORACO ABDOMINAL – RELATO DE CASO.

MILENA MATOS DA CRUZ, ANA LAURA CARDOSO COSTA, LEIANNY COÊLHO DE CARVALHO, LORAHANA SILVESTRE PEREIRA VILAS BOAS E SILVA, SARAH ROLDÃO BATISTA

HOSPITAL DOM ORIONE, ARAGUAÍNA, TO, BRASIL

Introdução: A dissecção aguda da aorta tipo A é uma condição que requer realização de cirurgia de emergência, com a maioria das intervenções realizadas imediatamente após o reconhecimento. Os objetivos da cirurgia para dissecção aórtica consistem em prevenir a ruptura e tratar qualquer insuficiência aórtica aguda ou uma combinação entre elas. **Relato de caso:** Paciente masculino, 48 anos, 94 kg, angiotomografia com dissecção de aorta ascendente, arco aórtico e aorta descendente associado a isquemia em vasos viscerais, MSE e MID, admitido no centro cirúrgico consciente, orientado. Realizada anestesia geral balanceada, precedida por monitorização multiparamétrica, acesso venoso periférico em MSE e acesso venoso central em veia subclávia direita, indução com lidocaína 2%, etomidato, sufentanil, rocuroônio. Manutenção da anestesia foi realizada com sevoflurano em ventilação mecânica no modo volume controlado. Seguido de adequação controle hemodinâmico a partir do uso de cristaloides, coloides, dobutamina e nipride. Feita heparinização, iniciado procedimento cirúrgico com pericardiotomia, instalação de circulação extracorpórea com resfriamento do paciente até hipotermia profunda, realizou-se o pinçamento aórtico, aortotomia longitudinal e cardioplegia del Nido osteal. Nesse processo, foi constatado a dissecção da aorta ascendente com desabamento da valva aórtica e hematoma próximo à coronária direita. Posteriormente, a ressuspensão e plastia da valva aórtica foram realizadas seguida de anastomose proximal e distal desta, utilizando tubo de dacron com parada da circulação total por 20 minutos. Restabelecido fluxo da CEC e reaquecimento do paciente, o coração retornou o batimento em ritmo sinusal e saída da CEC com uso de nipride e dobutamina, em seguida foi realizada a protamina e revisão de hemostasia. O procedimento cirúrgico foi realizado sem intercorrências, assim, o paciente foi encaminhado a UTI intubado, hemodinamicamente compensado com dobutamina. Após 22 dias de internação em UTI, evoluiu com quadro desfavorável de PCR sem resposta às medidas de reanimação e posterior óbito com possíveis causas da PCR hipercalemia e choque séptico. **Discussão:** A morbimortalidade relacionada à dissecção aórtica é elevada, no entanto os avanços nas técnicas cirúrgicas e endovasculares reduziram a mortalidade para aqueles que são diagnosticados e tratados precocemente. O presente relato mostra que mesmo com uma condição clínica de elevada morbimortalidade, foi possível realizar uma anestesia segura e sem complicações durante o procedimento, embora com desfecho desfavorável.

Palavras-chave: Manejo Anestésico, Dissecção de Aorta.

REFERÊNCIAS

1. Bezerra PCLB, Lima RC, Salerno PR, et al. Management of acute type a aortic dissection at a public cardiac center in the Northeast region of Brazil. *Braz J Cardiovasc Surg.* 2021;36(2):150-7. <http://doi.org/10.21470/1678-9741-2020-0169> PMID:33438845.
2. Black JH, Hoekstra J, Manning WJ. Clinical features and diagnosis of acute aortic dissection. *UpToDate*; 2022 [citado em 2022 Ago 1]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-features-and-diagnosis-of-acute-aortic-dissection>.

1039 RELATO DE DESAFIO ANESTÉSICO: GESTANTE COM HIPERTENSÃO PULMONAR

RENATA CRISTINA ACACIO DOS SANTOS, ANA LUIZA MOREIRA DA SILVA DIAS, ERICA TSUNEDA MARIN, JOSE EDUARDO FERREIRA GOMES, PAULO ADILSON HERRERA

CET S.ANES.HOSPEVANG.LONDRINA - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL EVANGÉLICO DE LONDRINA, LONDRINA, PR, BRASIL

Introdução: A hipertensão pulmonar (HP) é uma condição clínica e hemodinâmica que, quando associada à gestação e ao período perinatal, apresenta mortalidade materna estimada em 11-25%, mesmo com tratamento otimizado. Ademais, a gravidez pode estar vinculada a riscos imprevisíveis e até acelerar a progressão da afecção. Portanto, o anestesiologista deve planejar cuidadosamente suas condutas para aumentar suas chances de sucesso na anestesia para cesariana de gestantes com HP. **Relato de caso:** Paciente de 28 anos, sexo feminino, primigesta com idade gestacional de 34 semanas, 87 quilos, 161 cm de altura, sem alergias conhecidas, com história prévia de hipotireoidismo subclínico, síndrome do anticorpo antifosfolípide, e HP moderada a grave secundária a tromboembolismo pulmonar, foi submetida à cesárea eletiva sob monitorização com oxímetro de pulso, eletrocardiograma, pressão arterial invasiva e ecocardiograma transtorácico *point-of-care*, com 2 acessos venosos periféricos calibrosos, cateter nasal de oxigênio e sondagem vesical de demora. Recebeu anestesia combinada raqui-peridural com kit pré-montado com agulha ponta de Lápis-Whitacre 27 G e agulha de peridural 18 G nos níveis de L3-L4, sendo injetados 2,5 mg de bupivacaína a 0,5% com glicose e 100 mcg de morfina intratecais, e 10 ml de ropivacaína a 0,75% em cateter peridural. Também recebeu infusão contínua de noradrenalina de 240 a 480 mcg/h e ocitocina a 3 UI/h em acesso venoso periférico. A paciente permaneceu em unidade de terapia intensiva (UTI) por 3 dias no pós-operatório e recebeu alta hospitalar após 5 dias, apresentando evolução sem intercorrências no primeiro mês de puerpério. **Discussão:** Estudos sobre a segurança das medicações utilizadas para tratar HP na gestação e no puerpério ainda são escassos, bem como sobre as estratégias adotadas para o melhor manejo dessas pacientes no perioperatório. Logo, deve-se encorajar a coleta de dados e desenvolvimento de trabalhos sobre a HP na gravidez para aprimorar o entendimento da doença e aperfeiçoar métodos de condução destes casos.

Palavras-chave: Gestação, Hipertensão Pulmonar, Anestesia.

REFERÊNCIAS

1. McNeil A, Chen J, Meng ML. Pulmonary hypertension in pregnancy-the Anesthesiologist's perspective. *International Journal of Cardiology Congenital Heart Disease*. 2021;5(Supl 1):100234. <http://doi.org/10.1016/j.ijcchd.2021.100234>.
2. Afify H, Kong A, Bernal J, Elgendy IY. Pulmonary hypertension in pregnancy: challenges and solutions. *Integr Blood Press Control*. 2022;15:33-41. <http://doi.org/10.2147/IBPC.S242242> PMID:35401013.

1044 O USO DE ULTRASSOM A BEIRA LEITO PARA EVIDENCIAR DERRAME PERICÁRDICO VOLUMOSO EM MANIFESTAÇÃO GRAVE DE COMA MIXEDEMATOSO: RELATO DE CASO

RAISSA MOURA TOMICH, ALINE VIEIRA GUIMARAES, MARCOS LEANDRO PEREIRA, WILLIAM OLIVEIRA NINA ROCHA

HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE S. SEBASTIÃO DO PARAÍSO, SÃO SEBASTIÃO DO PARAÍSO, MG, BRASIL

Introdução: O coma mixedematoso é uma emergência endócrina rara causada por hipotireoidismo não tratado ou tratado inadequadamente. Uma das possíveis manifestações graves dessa condição é o derrame pericárdico. A ultrassonografia (US) à beira do leito é uma ferramenta promissora para o diagnóstico precoce e intervenção rápida dessa condição. **Relato de caso:** Paciente R.G.M.O, homem, 24 anos, história progressiva de hipotireoidismo e obesidade, em uso inadequado de levotiroxina. O paciente apresentou subitamente cefaleia intensa, emergência hipertensiva e rebaixamento do nível de consciência. A tomografia de crânio que evidenciou hemorragia cerebelar direita com hidrocefalia hipertensiva, sendo proposto procedimento neurocirúrgico com emergência. Sendo assim, o paciente foi intubado em sala de emergência, com uso de fentanil, midazolam e nupride, mantendo baixa Sto2% (72% - 76%) e pressão arterial média elevada (PAM 110mmHg). As drogas em solução foram suspensas pela equipe de anestesiologia que optou pelo início do propofol. Realizou-se dose adicional de rocurônio, cefazolina e fentanil. Observou-se que a despeito de parâmetros ventilatórios otimizados, o paciente ainda mantinha baixa oximetria. Não havia inconformidades no cuff, tubo orotraqueal, cabos, conexões e mangueiras. A partir da ausculta pulmonar, não apresentou alterações graves dignas de nota. Por fim utilizado US portátil a beira leito que em janela pulmonar não evidenciou pneumotórax ou derrame pleural, mas em janela pericárdica demonstrou derrame pericárdico compressivo de grande volume, assim drenagem de 1000 ml de líquido citrino foi realizada. Após a drenagem houve melhora importante da oximetria do paciente mantida média de 89% - 92% até o término do procedimento cirúrgico. O paciente foi encaminhado ao CTI, com diagnóstico de coma mixedematoso, justificado pela clínica apresentada e exames laboratoriais complementares (TSH 150µUI/mL/T4 indetectável). **Discussão:** O derrame pericárdico maciço é uma manifestação rara do coma mixedematoso, mas de grande relevância devido à sua gravidade. Os sintomas clássicos de tamponamento cardíaco nem sempre estão presentes, dificultando o diagnóstico precoce. Embora o US seja dependente do operador, é uma ferramenta de baixo custo e fácil mobilidade que aumenta a velocidade do diagnóstico, reduz eventos iatrogênicos e orienta o raciocínio clínico do anestesiológico, porque pode destacar com rapidez alterações que comprometam os padrões ventilatórios e hemodinâmica.

Palavras-chave: Ultrassom, Derrame Pericárdico, Hipotireoidismo.

REFERÊNCIAS

1. Thirone ACN, Danieli RV, Ribeiro VMFC. Derrame pericárdico maciço como manifestação inicial do hipotireoidismo. Arq Bras Endocrinol Metabol. 2012;56(6):383-7. <http://doi.org/10.1590/S0004-27302012000600007> PMID:22990643.
2. Lin CT, Liu CJ, Lin TK, Chen CW, Chen BC, Lin CL. Myxedema associated with cardiac tamponade. Jpn Heart J. 2003;44(3):447-50. <http://doi.org/10.1536/jhj.44.447> PMID:12825813.

1057 MIOCARDIOPATIA PERIPARTO

MELINA BRITO CANCADO, FABIO BRITO CANÇADO, FELIPE GRIECO PAGLIOLI, FERNANDO BRITO CANÇADO, THAIS ORRICO DE BRITO CANÇADO

HOSPITAL SANTA CASA DE CAMPO GRANDE-MS, CAMPO GRANDE, MS, BRASIL

Introdução: A miocardiopatia periparto (MPP) é uma forma de insuficiência cardíaca sistólica com redução da fração de ejeção ventricular ($FE < 45\%$) que afeta gestantes no período próximo ao nascimento. A incidência varia no mundo sendo frequente em gestante afrodescendente, com idades acima de 30 anos, histórico de hipertensão e pré-eclâmpsia e em gestações múltiplas. O quadro clínico pode ser leve, porém em alguns casos mais graves pode ser necessário o suporte mecânico cardíaco. **Relato de caso:** Gestante, 35 anos, parda, com antecedente de DHEG há 5 anos, G7PC2A4, gemelar, IG 36+3. Encaminhada devido à hipertensão, dor em baixo ventre e bolsa rota (PA = 150 x 100 mmHg). Exames laboratoriais na admissão normais. Indicada cesariana sob raquianestesia com bupivacaína hiperbárica 12,5 mg e morfina 100 ug. Após nascimento, durante a infusão de 10 UI de ocitocina, a paciente apresentou bradicardia evoluindo para assistolia, revertida após segundo ciclo de ressuscitação. A paciente apresentava-se responsiva, porém agitada. Foi realizada intubação e sedação. Apresentando os seguintes sinais vitais após retorno da circulação espontânea: FC = 120 bpm, PA=95x55 mmHg Sat O₂=96% em FIO₂ de 0,5 e gasometria arterial: PCO₂= 7,20, PO₂=36,5, PO₂= 181,8, Sat O₂= 99,3%, HCo₃= 14,3, BE= -12,2, lactato= 5,7. Ausculta pulmonar apresentava estertores crepitantes bilaterais até terço médio e edema MMII +3. Foram realizados cuidados pós-PCR e solicitado parecer da cardiologia, bem como eletrocardiograma e Raio X de tórax (Figura 1). O ecocardiograma trans torácico evidenciou ventrículo esquerdo aumentado, com espessura parietal normal, disfunção sistólica de grau moderado às custas de hipocinesia médio apical de todos os segmentos, Fração de Ejeção (FE) de 34%. A paciente permaneceu na UTI entubada por 6 dias, com monitorização invasiva avançada, com diagnóstico de insuficiência cardíaca descompensada perfil C, medicada com drogas vasoativas, espirolactona, furosemida e carvedilol. Foram excluídas hipóteses de Trombose por Síndrome do Anticorpo Anti-fosfolípide e Takotsubo. MPP confirmada com resultado de pro-BNP = 22.721 pg/ml. No décimo terceiro dia de internação e com melhora ecocardiográfica (FE=47%) paciente recebeu alta com os recém-nascidos gemelares para seguir em acompanhamento ambulatorial. **Discussão:** As consequências da MPP são potencialmente graves, com risco para a saúde materna. Por isto, é essencial um entendimento aprofundado da doença para poder otimizar os cuidados prestados e minimizar as complicações associadas.

Palavras-chave: MIOCARDIOPATIA PERIPARTO , CESARIANA, INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA

REFERÊNCIAS

1. Davis MB, Arany Z, McNamara D, Golland S, Elkayam U. Peripartum Cardiomyopathy: JACC state-of-the-art review. J Am Coll Cardiol. 2020;75(2):207-21. <http://doi.org/10.1016/j.jacc.2019.11.014> PMID:31948651.
2. Santos SM, Bravin AM, Santos VM, Vasconcelos FL. Miocardiopatia periparto após cesariana: estudo de casos. Brasília Med. 2012;49(4):306-11.

1061 UTILIZAÇÃO DA ANALGESIA PERIDURAL CONTÍNUA COM BOMBA ELASTOMÉRICA NO CONTROLE DA DOR ONCOLÓGICA: RELATO DE CASO

MATHEUS AUGUSTO DALMOLIN, ARTHUR RUZZON CARDOSO, FABIOLA DE CARLOS DA ROCHA

HOSPITAL DO ROCIO, CAMPO LARGO, PR, BRASIL

Introdução: A dor oncológica representa um desafio clínico, frequentemente exigindo abordagens terapêuticas inovadoras para o manejo eficaz. A analgesia peridural contínua com bomba elastomérica surge como uma opção promissora, oferecendo controle de dor personalizado e dinâmico. Este relato de caso destaca a aplicabilidade e eficácia da analgesia peridural contínua no manejo da dor oncológica refratária, contribuindo para o corpo de evidências sobre estratégias de controle da dor em pacientes com câncer avançado e metástase óssea. **Relato de caso:** Paciente masculino, 38 anos, portador de neoplasia de esôfago estágio IV com metástase óssea em região sacra, foi submetido à analgesia peridural contínua com bomba elastomérica para manejo de dor lombar refratária. Apesar da terapia medicamentosa otimizada mantinha-se refratário com dor de forte intensidade. Após avaliação pela equipe de anestesiologia e consentimento dos familiares, o procedimento de inserção do cateter peridural foi realizado com sucesso. A bomba foi preenchida com ropivacaína e programada para infusão de 5 ml/h, com bolus de resgate sob demanda pelo paciente. Inicialmente, o paciente apresentou ausência de dor em funcionamento adequado da bomba. Ajustes na prescrição de medicações foram feitos conforme necessidade. **Discussão:** A implementação da analgesia peridural contínua com bomba elastomérica demonstrou ser uma estratégia eficaz no controle da dor oncológica do paciente, permitindo a autogestão da dor e a redução da dependência de medicamentos sistêmicos. A técnica proporcionou alívio, proporcionando controle imediato e efetivo da dor, permitindo ao paciente retomar atividades anteriormente limitadas pela condição dolorosa. A experiência reforça a importância de uma abordagem personalizada, adaptadas às flutuações da dor oncológica. A reavaliação constante do regime analgésico é crucial, como evidenciado pelo aumento da dor após o término da medicação da bomba, exigindo ajustes na prescrição de medicações e reiteração das orientações sobre o uso e propósito do dispositivo.

Palavras-chave: Dor crônica, Bomba Elastomérica, Dor oncológica.

REFERÊNCIAS

1. Wong CA, Sondekoppam RV. Continuous epidural analgesia for postoperative pain: technique and management. 2022 [citado em 2022 Jan 5]. Disponível em: <https://medilib.ir/uptodate/show/118479>.
2. Visser WA, Lee RA, Gielen MJ. Factors affecting the distribution of neural blockade by local anesthetics in epidural anesthesia and a comparison of lumbar versus thoracic epidural anesthesia. *Anesth Analg*. 2008;107(2):708-21. <http://doi.org/10.1213/ane.0b013e31817e7065> PMID:18633056.
3. Kim YJ, Lee DK, Kwon HJ, et al. Programmed intermittent epidural bolus versus continuous epidural infusion in major upper abdominal surgery: a retrospective comparative study. *J Clin Med*. 2021;10(22):5382. <http://doi.org/10.3390/jcm10225382> PMID:34830661.

1062 A AVALIAÇÃO PRÉ ANESTÉSICA, APA, INFLUENCIA A ESCOLHA DA TÉCNICA CIRÚRGICA

LUIS FERNANDO RODRIGUES MARIA, ANTONIO VIEIRA VASCONCELOS JÚNIOR, BRUNO LEMOS EHLERS, JAIME JOAO JORGE, MARCOS RODRIGUES PINOTTI

CET FACULDADES INTEGRADAS PADRE ALBINO - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL ESCOLA PADRE ALBINO, CATANDUVA, SP, BRASIL

Introdução: A avaliação pré-anestésica, APA, antes do ato anestésico é garantida pela lei desde 2006. A resolução do CFM 2.174 de dezembro de 2017 regula a APA. Diversas são as vantagens obtidas da APA, são exemplos: previsibilidade de via aérea difícil, diminuição da ansiedade do paciente e outras amplamente descritas nos livros de anestesia. A seguir relatamos um caso clínico onde a APA influenciou a equipe cirúrgica na decisão da escolha da técnica cirúrgica. **Relato de caso:** Paciente, masculino, 39 anos, HD: apendicite. Tratamento proposto: apendicectomia por videolaparoscopia. O paciente era hipertenso e fazia uso de losartana. Realizou colecistectomia com anestesia geral e posteriormente sofreu trauma de moto, necessitou de cirurgia e internação na UTI e traqueostomia. Após alta hospitalar, evoluiu com quadro de dispneia e realizou tratamento cirúrgico para correção da estenose traqueal. No exame, o paciente encontrava-se eupneico com FR de 16 MRPM, SpO₂ = 96% em ar ambiente, lucido, orientado e consciente, apresentando cicatriz de traqueostomia. Ao final da APA, uma reunião com a equipe cirúrgica e de anestesistas foi realizada e momento em que foi explicado que para realizar a anestesia (para cirurgia laparoscópica) seria necessário anestesia geral. E apesar da técnica de intubação traqueal e manipulação da via aérea terem sido empregadas, não foi possível descartar novo caso de estenose traqueal e dispneia. A equipe cirúrgica concordou e alterou a técnica da cirurgia para apendicectomia por técnica convencional e sem intubação traqueal. O caso foi exposto ao paciente e houve total concordância do procedimento. **Discussão:** A estenose traqueal em paciente que receberam traqueostomia não é uma condição rara. O tratamento inclui broncofibroscopia, fibroscopia rígida com dilatação traqueal e até traqueoplastia. Nesse caso, a optou-se pela anestesia geral e intubação traqueal fosse uma opção, alguns cuidados poderiam ser tomados para que edema de vias aéreas fosse evitado, tais como: intubação com bom relaxamento muscular e analgesia, uso de sondas de intubação traqueal de diâmetros menores com *cuff* complacentes, uso de cufômetro para garantir que a pressão do *cuff* não ultrapasse 30 cm de água e uso corticoide intravenoso. Contudo, não seria possível afirmar que novamente estenose traqueal e dispneia pudesse ocorrer novamente. Considerando a máxima de Hipócrates "*primum non nocere*", primeiramente não prejudicar, a equipe achou mais prudente realizar a cirurgia por técnica convencional e anestesia subaracnóidea, sedação leve e ventilação espontânea.

Palavras-chave: Estenose Traqueia, Técnica Anestésica, Avaliação Pré-anestésica, APA, Anestesia, Cirurgia.

REFERÊNCIAS

1. Germano PA, Fo, Martins MP, Cavalcanti IL. Vias aéreas. In: Batini A, Cangiani LM, Carneiro AF, et al., editores. Bases do ensino da Anestesiologia. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Anestesiologia (SBA); 2016. p. 97-115.

1067 TROMBOEMBOLIA PULMONAR FATAL APÓS COLPOSSACROFIXAÇÃO VIDEOLAPAROSCÓPICA

DANIELLA ALINY TAVARES DE ARAÚJO, ALBERTO VIEIRA PANTOJA, MARCO ANTÔNIO CARDOSO DE RESENDE, ROGÉRIO LUIZ DA ROCHA VIDEIRA, RUBENS CUNHA TAVARES

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

Introdução: Procedimentos ginecológicos apresentam baixa morbimortalidade, porém alguns preditores do paciente e da técnica anestésico-cirúrgica estão associados a complicações pós-operatórias. Descrevemos um caso de uma paciente que teve desfecho fatal após cirurgia ginecológica considerada de médio porte. **Relato de caso:** Paciente feminina, 62 anos, IMC: 28,8 kg/m², em uso de Losartana 100 mg/dia, sem histórico de etilismo ou tabagismo, com prolapso de cúpula vaginal e indicação de colposacrofixação videolaparoscópica. Capacidade funcional maior que 4 METs, exames laboratoriais normais. Após monitorização e acesso venoso periférico, foi realizada pré-oxigenação e indução com fentanil 200 mcg, lidocaína 80 mg, propofol 150 mg, rocurônio 50 mg e tubo orotraqueal tubo n° 7,0 mmDI com *cuff*, laringoscopia direta Cormack 2A. Manutenção com sevoflurano 2 Vol%. Posicionamento em cefalodeclive. Após 280 minutos de cirurgia, a paciente apresentou instabilidade hemodinâmica e recebeu 3 bolus de noradrenalina titulada ev (12 mcg ao total). Foi entubada em sala após despertar prolongado, tempo anestésico-cirúrgico 405 minutos, hidratação venosa com 1850 ml de cristalóide. Após 24 horas do procedimento, a paciente apresentou síncope e hipotensão. EcoTT revelou regurgitação tricúspide leve, PSAP estimada 24+15 mmHg, com aspecto de Cor pulmonale agudo e disfunção sistólica de VD. Recebeu dose de heparina de baixo peso molecular plena. Durante a arteriografia pulmonar, que evidenciou trombos no lobo inferior, evoluiu com instabilidade hemodinâmica e PCR em assistolia. Houve retorno à circulação espontânea após 3 ciclos de massagem cardíaca, 2 mg de adrenalina em bolus e IOT. Administrados 50 mg de Alteplase intra-arterial pulmonar e finalizado procedimento. Paciente encaminhada ao CTI com noradrenalina 1 mcg.kg.min⁻¹ + vasopressina 0,02 UI.min⁻¹ em infusão. Cerca de 48 horas após procedimento cirúrgico, a paciente evoluiu a óbito. **Discussão:** Identificar e caracterizar o perfil de pacientes que são mais suscetíveis a complicações pós-operatórias é fundamental para reduzir repercussões desfavoráveis. Idade maior que 60 anos, obesidade e tempo cirúrgico prolongado são fatores associados a complicações pós-operatórias, dentre elas o surgimento de TEP que gira em torno de 0,3-1,6% na população cirúrgica em geral, com mortalidade em torno de 20% dentro de 90 dias, mesmo nas populações prontamente tratadas.

Palavras-chave: TVP/TEP, Medicina Perioperatória.

REFERÊNCIAS

1. Konstantinides SV, Meyer G, Becattini C, et al, and the ESC Scientific Document Group. 2019 ESC guidelines for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism developed in collaboration with the European Respiratory Society (ERS). Eur Heart J. 2020;41(4):543-603. <http://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz405> PMID:31504429.
2. Linder BJ, Occhino JA, Habermann EB, Glasgow AE, Bews KA, Gershman B. A national contemporary analysis of perioperative outcomes of open versus minimally invasive sacrocolpopexy. J Urol. 2018;200(4):862-7. <http://doi.org/10.1016/j.juro.2018.03.131> PMID:29630983.
3. Roy PM, Friou E, Germeau B, et al. Derivation and validation of a 4-level clinical pretest probability score for suspected pulmonary embolism to safely decrease imaging testing. JAMA Cardiol. 2021;6(6):669-77. <http://doi.org/10.1001/jamacardio.2021.0064> PMID:33656522.

1069 AVALIAÇÃO DA ANALGESIA PÓS-OPERATÓRIA EM PACIENTES SUBMETIDAS A CIRURGIA PLÁSTICA NAS MAMAS CONFORME DIFERENTES ABORDAGENS ANESTÉSICAS

DANIEL FERREIRA GUNDIM, GUSTAVO SIQUEIRA ELMIRO, ISABELA ALCÂNTARA ROCHA, MATEUS MOREIRA DE MELO SILVA, TALITA GUILARDE TORRES

CET CLÍNICA DE ANESTESIA DE GOIÂNIA, GOIÂNIA, GO, BRASIL

Introdução: A mamoplastia com ou sem implante de prótese é uma das cirurgias mais frequentes e está associada à dor severa com necessidade de intervenção analgésica. Dentre as técnicas propostas para tal cirurgia, a recuperação em 24 horas (R24R) é uma estratégia em ascensão e requer cuidados por parte de toda a equipe cirúrgica e anestésica para viabilizar a alta hospitalar precoce e segura. Para reduzir complicações associadas à analgesia inadequada sem aumentar tempo de internação, múltiplas técnicas anestésicas isoladas ou combinadas têm sido propostas. **Objetivo:** Avaliar as diferentes técnicas empregadas e a prevalência de dor, consumo de opioides, náuseas e vômitos pós-operatórios (NVPO), além do tempo de internação hospitalar. **Métodos:** Estudo observacional retrospectivo realizado por meio de análise de prontuários. Os dados pesquisados foram tabulados no Microsoft Excel® e apresentados de maneira descritiva. **Resultados:** Nas diferentes técnicas anestésicas, a incidência de dor com necessidade de resgate analgésico foi de 14,6%, com o uso de opioides no pós-operatório em 66,7% dos casos. Nos casos em que as pacientes referiram dor, ela foi de no máximo 3 pontos na escala visual analógica (0-10). Considerando NVPO, 9,3% pacientes apresentaram tais eventos. O tempo de internação após a procedimento foi inferior a 24 horas em 100% dos pacientes, sendo uma das técnicas mais utilizadas a anestesia geral intravenosa com ou sem bloqueio regional associado. **Conclusão:** Neste estudo observamos que a incidência de dor foi baixa na amostra estudada, assim como os episódios de NVPO, com uso individualizado de opioides e atendendo a meta de R24R.

Palavras-chave: Dor pós-operatória, Mamoplastia, Implante mamário.

REFERÊNCIAS

1. Jin Z, Gan TJ, Bergese SD. Prevention and treatment of Postoperative Nausea and Vomiting (PONV): a review of current recommendations and emerging therapies. *Ther Clin Risk Manag.* 2020;16:1305-17. <http://doi.org/10.2147/TCRM.S256234> PMID:33408475.
2. Brenin DR, Dietz JR, Baima J, et al. Pain management in breast surgery: recommendations of a multidisciplinary expert panel - The American Society of Anesthesiology. *Ann Surg Oncol.* 2020;27(12):4588-602. <http://doi.org/10.1245/s10434-020-08892-x> PMID:32783121.

1070 INTUBAÇÃO ENDOTRAQUEAL EM PACIENTE ACORDADO COM LESÃO DE FARINGE: UM RELATO DE CASO.

DANIEL FERREIRA GUNDIM, DÁRIO HUMBERTO DE PAIVA, GIULLIANO GARDENGHI, GUSTAVO DE MELO REBUGLIO, MARCO TULLIO JOSE DE OLIVEIRA FIGUEIREDO

CET CLÍNICA DE ANESTESIA DE GOIÂNIA, GOIÂNIA, GO, BRASIL

Introdução: A intubação endotraqueal com o paciente acordado (IPA) sempre deve ser considerada no planejamento anestésico na presença de uma via aérea difícil antecipada. Diversos estudos na literatura já mostraram que a técnica é segura e raramente apresenta complicações com óbito durante a intubação. Concomitantemente, esse tipo de intubação requer uso de tecnologias visuais como a videolaringoscopia (VL) ou a fibrobroncoscopia (FB), que otimizam ainda mais a segurança e eficácia do manejo da via aérea. Este trabalho objetiva apresentar um caso de IPA com uso de VL conduzido com êxito e estimular o uso da técnica que ainda é pouco utilizada, de modo geral, nas intubações traqueais. **Relato do caso:** Paciente feminina de 64 anos, 58 kg, 164 cm, ASA II, Mallampati III, portadora de depressão e ansiedade, submetida à revisão de artrodese de coluna cervical, após desprendimento das placas e parafusos do eixo vertebral, perfurando e invadindo a luz da hipofaringe (Figuras A e B). Apesar da paciente apresentar disfagia, dor cervical e perda ponderal, não havia sinais de desconforto respiratório. Contudo, exames de imagem indicavam a possibilidade de o corpo estranho prejudicar o manejo da via aérea durante intubação, levando ao *staff* do serviço de anestesiologia a optar pela IPA com VL na condução do caso. O procedimento foi realizado sob sedação mínima com 2 mg de midazolam intravenoso, com oferta de oxigênio em tempo integral e a baixo fluxo de 3 L.min⁻¹, topicalização e bloqueio de vias aéreas com lidocaína e, conclusivamente, intubação com VL com lâmina MAC3 e tubo 7.0 com *cuff* e guia em seu interior. O resultado foi bem-sucedido na primeira tentativa e todo o procedimento ocorreu sem intercorrências. **Discussão:** Houve o manejo bem-sucedido de uma via aérea difícil (VAD) numa estratégia proposta com uso de VL associada à intubação endotraqueal em uma paciente consciente. A morbidade relacionada ao manejo de via aérea continua sendo causa de processos judiciais, problema acentuado quando ocorre falha ou negligência na identificação de preditores de VAD, que poderiam ser reconhecidos durante a avaliação pré-anestésica. Para o procedimento, a sedação e os bloqueios são cruciais, uma vez que um bloqueio inadequado pode comprometer a IPA bem controlada. O uso da VL para a intubação endotraqueal em paciente acordada mostrou-se uma estratégia bem-sucedida e segura no manejo de uma VAD antecipada na situação de faringe lesionada.

Palavras-chave: Manuseio das Vias Aéreas, Intubação Intraqueal, Faringe.

REFERÊNCIAS

1. Hansel J, Rogers AM, Lewis SR, Cook TM, Smith AF. Videolaryngoscopy versus direct laryngoscopy for adults undergoing tracheal intubation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2022;4(4):CD011136. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD011136.pub3>. PMID:35373840.
2. Law JA, Duggan LV, Asselin M, et al. Canadian Airway Focus Group updated consensus-based recommendations for management of the difficult airway: part 1. Difficult airway management encountered in an unconscious patient. *Can J Anaesth.* 2021;68(9):1373-404. <http://doi.org/10.1007/s12630-021-02007-0> PMID:34143394.
3. 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://doi.org/10.1097/ALN.0b013e318254d085> PMID:22487805.

1072 TROMBOEMBOLISMO PULMONAR MACIÇO DURANTE INDUÇÃO ANESTÉSICA: UM RELATO DE CASO

GABRIELLE VICTORIA SOUZA COSTA, ANA CLAUDIA MORANT BRAIND, JOSÉ AGOSTINHO RICARDO DE ALMEIDA NETO, KALIL FREGÚLIA DE SOUZA, TIAGO FERRAZ MASCARENHAS

CET DA ASSOC. OBRAS SOCIAIS IRMÃ DULCE - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL SANTO ANTÔNIO, SALVADOR, BA, BRASIL

Introdução: O Tromboembolismo pulmonar (TEP) é potencialmente fatal e sua ocorrência durante o ato anestésico constitui um desafio, devendo ser diagnosticado e tratado precocemente. Dessa forma, apresentamos um relato de caso de um paciente que evoluiu com TEP e parada cardiorrespiratória (PCR) durante a indução anestésica. **Relato de caso:** Paciente, feminino, 63 anos, 80 kg, 1,62 m, ASA II, portadora de hipertensão arterial e forame oval patente, a ser submetida à resutura de parede abdominal no 25º dia pós-operatório (DPO) de hernioplastia incisional, devido infecção e consequente deiscência de parede. Admitida estável, FC 105, PAM 74, Saturação de O₂ (SpO₂) 97%. Proposta anestesia geral. Feito 2,5 mcg/kg de fentanil EV, evoluindo com dessaturação (SpO₂ 50%), hipotensão e redução do nível de consciência. Procedida ventilação sob máscara facial e intubação orotraqueal. O quadro evoluiu abruptamente com PCR em AESP, iniciadas compressões torácicas e seguido protocolo ACLS. Apresentou retorno à circulação espontânea (RCE), momento no qual foi realizada punção de artéria radial direita, eletrocardiograma e ecocardiograma (ECO) *point of care*. Notada dilatação importante de ventrículo direito (VD) e hipocinesia difusa de parede livre de VD. Iniciada trombólise com alteplase 15 mg em *bolus* EV, 50 mg ao longo de 30 minutos e programado a conclusão com 35 mg para próxima hora. A paciente apresentou no total 7 episódios de PCR (18 minutos), intercalados com momentos de RCE. Feita infusão de noradrenalina 1 mcg/kg/min, dobutamina 20 mcg/kg/min e vasopressina 0,04 UI/min através de acesso venoso central em veia femoral direita. Após compensação hemodinâmica (FC 156 / PAM 90 / SatO₂ 100%), foi encaminhada à UTI. Repetido ECO na UTI, com laudo descritivo do sinal de Mc'Connell. Mantida anticoagulação plena com enoxaparina. Assim, evoluindo com redução gradual das drogas vasoativas, sendo extubada no 5º dia após o evento, com novo ECO normal e sem déficits neurológicos. Posteriormente, foi encaminhada da UTI para enfermaria no 15º dia pós TEP, com alta hospitalar no 20º dia. **Discussão:** Pacientes cirúrgicos estão sob o risco de TEP, devendo ser aplicados protocolos de profilaxia. O diagnóstico de TEP exige um alto grau de suspeição, diante de uma gama de achados considerados inespecíficos, tais como taquicardia e hipoxemia. Apesar da angiotomografia ainda ser considerado o padrão-ouro, o ECO *point of care* tem um importante papel no diagnóstico presuntivo na sala cirúrgica, podendo nortear conduta e mudar desfecho.

Palavras-chave: Tromboembolismo Pulmonar, Teste à Beira Leito.

REFERÊNCIAS

1. Desciak MC, Martin DE. Perioperative pulmonary embolism: diagnosis and anesthetic management. *J Clin Anesth.* 2011;23(2):153-65. <http://doi.org/10.1016/j.jclinane.2010.06.011> PMID:21377083.
2. Marti RA, Ricou F, Tassonyi E. Life-threatening pulmonary embolism at induction of anesthesia: utility of transesophageal echocardiography. *Anesthesiology.* 1994;81(2):501-3. <http://doi.org/10.1097/00000542-199408000-00029> PMID:8053600.

1079 ANESTESIA PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HERNIORRAFIA INGUINAL BILATERAL, EM PACIENTE COM SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ

TAYLOR BRANDÃO SCHNAIDER, LETICIA PAULA QUEIROZ, PEDRO HENRIQUE DE CASTRO CARNEIRO, RAPHAEL DE ABREU CORDEIRO, WASHINGTON LUIS DE OLIVEIRA

CET POUSO ALEGRE MG, POUSO ALEGRE, MG, BRASIL

Introdução: A síndrome de Guillain-Barré (SGB) consiste em uma polineuropatia autoimune, geralmente desencadeada por processo infeccioso agudo, cuja incidência anual é de 1-4 casos por 100.000 habitantes, com pico entre 20 e 40 anos de idade. Infecções virais transitórias têm sido associadas à Síndrome de Guillain Barré, sendo a mais frequente, a infecção por *Campylobacter* que causa diarreia.

Relato de caso: Paciente do sexo masculino, 71 anos, ASA II, com história prévia de SGB, em uso de Escitalopram, Gabapentina, Pregabalina e Trazadona, submetido a herniorrafia inguinal bilateral. Realizou-se venopunção em membro superior direito com cânula intravenosa 18G, sendo administrada Cefazolina 2 g. A monitorização constou de cardioscopia, oximetria de pulso, capnografia e pressão arterial não invasiva. Para a indução, usou-se Lidocaína 1% (50 mg), Propofol (2,5 mg.kg⁻¹) e Remifentanil (2,0 mcg.kg⁻¹ em BIC). A manutenção foi feita com Propofol (50 mcg.kg⁻¹.min⁻¹), Remifentanil (0,1 mcg.kg⁻¹.min⁻¹) e Sevoflurano 1,2%. Para realização do bloqueio do plano transversal do abdômen (TAP Block) foi utilizado um transdutor convexo do ultrassom, protegido por uma capa plástica estéril. Injetou-se Ropivacaína 3,75% (20mL) de modo bilateral, utilizando agulha Stimuplex A50 mm. Na SRPA foram administrados Tramadol (50mg), Morfina (2mg) e Escetamina (10mg) EV. **Discussão:** A teoria de *up* e *down-regulation* não é considerada a única responsável pelas respostas alteradas ao uso de bloqueadores neuromusculares (BNM), nos humanos acometidos por essas doenças, mas é, provavelmente, o principal mecanismo. Ocorrem mudanças qualitativas e quantitativas em receptores de acetilcolina (AChR), tanto na junção neuromuscular, como fora dela. Portadores desta síndrome muitas vezes apresentam resposta anormal ao uso de BNM e anticolinesterásicos. A utilização de doses habituais de BNM adespolarizantes pode comprometer a recuperação do paciente, prolongando a necessidade de assistência ventilatória. A Succinilcolina pode acarretar hipercalemia grave nos casos em que há aumento do número de AChR. Assim, optou-se pela não utilização de BNM no processo de Intubação. A administração de anestésicos inalatórios e analgésicos opioides não apresenta repercussões clínicas relacionadas à fisiopatologia desta síndrome. Os barbitúricos e benzodiazepínicos, drogas que potencializam o BNM, devem ser evitados ou ter suas doses restringidas.

Palavras-chave: Ultrassonografia, Anestesia por Condução, Síndrome de Guillain-Barré.

REFERÊNCIAS

1. Pereira SM, Castro EA, Brochado VM. Neuromuscular diseases and neuromuscular-blocking drugs. Rev Med Minas Gerais. 2016;26(Supl 1):S52-9.
2. Volquind D, Fellini RT, Rose GL, Tarso GP. Anestesia para cesariana em paciente com síndrome de Guillain-Barré: relato de caso. Rev Bras Anesthesiol. 2013;63(4):369-71. <http://doi.org/10.1016/j.bjan.2012.06.002>.

1083 INTOXICAÇÃO POR GLICINA COM HIPONATREMIA GRAVE APÓS VIDEOHISTEROSCOPIA: UM RELATO DE CASO

GABRIELLE VICTÓRIA SOUZA COSTA, AMANDA ROCHA DE BARROS, CELY VALADARES, GUILHERME QUEIROZ SILVA, LARISSA HAUSNER DE MORAIS GUIMARÃES

CET DA ASSOC. OBRAS SOCIAIS IRMÃ DULCE - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL SANTO ANTÔNIO, SALVADOR, BA, BRASIL

Introdução: A intoxicação hídrica e consequentes distúrbios hidroeletrólíticos podem ocorrer durante procedimentos de videohisteroscopia cirúrgica (VHC), o que pode provocar alterações graves respiratórias, hemodinâmicas e neurológicas. Dessa forma, apresentamos um relato de caso de um paciente que evoluiu com intoxicação por glicina e hiponatremia grave após VHC. **Relato de caso:** Paciente sexo feminino, 60 anos, 155 cm, 50 kg, ASA II, portadora de hipertensão e hipotireoidismo, em uso de atenolol e levotiroxina, sódio sérico prévio de 144. Submetida à VHC para retirada de pólipos e leiomioma intramural. Feita raquianestesia com bupivacaína hiperbárica 12 mg e morfina 80 mcg, bem como sedação venosa (midazolam 0,04 mg/kg e fentanil 1 mcg/kg). Procedimento durou 1 hora, utilizando glicina como fluido de irrigação intrauterina (volume total de 14 litros), mantido em suporte com cerca de 2 metros de altura. Ao final da enucleação do leiomioma, houve um sangramento uterino, sendo contido com sonda tipo foley intra-útero. No CRPA, paciente evoluiu com dessaturação (Sp 75%), rebaixamento do nível de consciência, cegueira e hipertensão (140 x 80 mmHg). Instalada máscara não reinalante 15L/min, administrado naloxone 0,02 mg e flumazenil 0,5 mg, com melhora da saturação e consciência. Feito USG pulmonar com presença de linhas B bilateralmente (mais proeminente à esquerda). Coletada hemogasometria, evidenciando sódio de 106 mEq/L. Iniciadas medidas de restrição hídrica, administrado furosemida 40 mg EV, passagem de sonda vesical, coletada amostra de sangue para dosagem de sódio sérico e solicitada vaga em UTI. Após 30 minutos, o quadro da paciente evoluiu com melhora da congestão pulmonar, com 2 litros de diurese. Admitida em UTI, onde foi iniciada reposição de sódio, com sódio sérico passando de 114 para 121 nas primeiras 24 horas, eletrocardiograma sem alterações. Após 3 dias, a paciente recebeu alta da UTI para a enfermaria, fazendo uso de sódio sérico de 139, sem apresentar sequelas. **Discussão:** A glicina é comumente utilizada como fluido de irrigação, visto que é não condutivo e não hemolítico, porém é hipotônico, cujo grau de absorção sofre influência multifatorial, como: a quantidade de leitos vasculares expostos, a pressão no sistema de irrigação, o volume empregado e tempo do procedimento, por exemplo. Já é descrito na literatura que a técnica regional com sedação está associada à redução do volume absorvido se comparado à anestesia geral, uma vez que essa complicação ocorra, deve ser prontamente tratada para reduzir a morbimortalidade.

Palavras-chave: Hiponatremia, Glicina.

REFERÊNCIAS

- Bergeron ME, Ouellet P, Bujold E, et al. The impact of anesthesia on glycine absorption in operative hysteroscopy: a randomized controlled trial. *Anesth Analg.* 2011;113(4):723-8. <http://doi.org/10.1213/ANE.0b013e31822649d4> PMID:21788316.
- Argiro T, Antia P, Filippou DK. Intoxicação hídrica durante histeroscopia: relato de caso. *Rev Bras Anesthesiol.* 2004;54(6):832-5. <http://doi.org/10.1590/S0034-70942004000600014> PMID:19471798.

1084 ANESTESIA PARA PACIENTE PORTADOR DE MACROGLOSSIA SECUNDÁRIO A NEUROFIBROMATOSE

GUSTAVO HENRIQUE TELES FERREIRA, ANA CLAUDIA MORANT BRAIND, ELIOMAR SANTANA TRINDADE, ROSE PEREIRA CORDEIRO, VERA AZEVEDO

OBRAS SOCIAIS IRMA DULCE, SALVADOR, BA, BRASIL

Introdução: O manejo da via aérea em criança é sempre desafiador. A presença de malformações faciais e macroglossia são preditores de via aérea difícil. A sobreposição de ambas as situações – criança e macroglossia – implica em agregação de fatores de risco que requer programação de manejo de vias aéreas cuidadosa. **Relato de caso:** Menino, 6 anos, 24 kg, 1,17 m, portador de neurofibromatose tipo I e macroglossia por tumor plexiforme em região lateral direita da língua, a ser submetida a glossectomia parcial. No pré-anestésico a criança apresentava uma língua com 12,0 cm de comprimento à exteriorização, assimetria cervical anterior com projeção inferior da região submandibular direita e exames sem alterações. Na cirurgia, após monitorização e venóclise, foi realizada sedação com dexmedetomidina e escetamina, mantendo o drive respiratório do paciente, a despeito da perda de consciência. A seguir, foi introduzida uma cânula nasofaríngea (nº 4,0) bilateral. Confirmada a possibilidade de realizar ventilações com o uso da máscara facial, a indução anestésica com propofol foi realizada, seguida de tração anterior da língua com pinça tipo Foester protegida com gaze e cuidadosa laringoscopia para inspeção da previsibilidade de intubação utilizando laringoscópio articulado nº 03. Foi injetado succinilcolina, seguido de intubação orotraqueal com cânula nº 4,5 e mantido sob ventilação mecânica. Foi administrado fentanil, mantido com sevoflurano 0,8-1,0 CAM e o cirurgião realizou infiltrações de anestésico local com vasoconstritor na base da língua. O paciente se manteve estável durante todo o procedimento, foi mantido intubado, sob ventilação controlada e transferido para UTI. Após 14 horas de cirurgia, a sedação foi descontinuada e o paciente foi extubado sem apresentar intercorrências. **Discussão:** As neurofibromatoses constituem patologias hereditárias transmitidas de forma autossômica dominante, caracterizadas por uma tendência à formação de tumores de tecidos ectodérmicos e mesodérmicos. O manejo anestésico desses pacientes requer atenção a todas as possíveis anormalidades e distúrbios associados, para evitar complicação perioperatória. No pré-operatório a história clínica pode estimar o grau de dificuldade de ventilação com máscara facial: relato de roncos e apneia obstrutiva do sono, pode indicar falta de permeabilidade das vias aéreas durante o sono, sendo a ventilação com máscara facial improvável e, conseqüentemente, uma técnica de intubação acordada pode estar indicada.

Palavras-chave: Anestesia geral, Macroglossia, Neurofibromatose.

REFERÊNCIAS

1. Govil N, Adabala V. Anesthesia management in a case of von recklinghausen neurofibromatosis. Korean J Anesthesiol. 2019;72(2):194-5. <http://doi.org/10.4097/kja.d.18.00251> PMID:30223314.
2. Kapur S, Kumar S, Eagland K. Anesthetic management of a parturient with neurofibromatosis 1 and Charcot-Marie-Tooth disease. J Clin Anesth. 2007;19(5):405-6. <http://doi.org/10.1016/j.jclinane.2007.03.001> PMID:17869996.

1085 MANEJO ANESTÉSICO PARA CESÁREA EM PACIENTE COM HISTÓRIA DE HIPERTENSÃO INTRACRANIANA: RELATO DE CASO

DAVID SILVA ALMEIDA, PAULO DO NASCIMENTO JÚNIOR, REBECCA RENATA LAPENDA DO MONTE

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

Introdução: A hipertensão intracraniana (HIC) idiopática é uma condição neurológica caracterizada por pressão intracraniana (PIC) elevada de etiologia desconhecida com composição normal do líquido cefalorraquidiano (LCR) e sem lesões cerebrais. A punção lombar é elemento essencial para diagnóstico, definido como pressão de abertura do LCR acima de 25 cmH₂O. **Relato de caso:** Paciente de 19 anos, primigesta, realiza acompanhamento por diagnóstico de leucemia mieloide aguda (LMA) do tipo promielocítica (M3). Realizou tratamento com ácido transretinoico (ATRA) e idarrubicina, evoluindo com cefaleia, náuseas e vômitos. Verificou-se LCR com pressão 35 cmH₂O e aventada hipótese de pseudo-hipertensão induzida por ATRA, sendo iniciado tratamento com acetazolamida e redução da dose do quimioterápico, mesmo que assintomática por 4 anos. Paciente com idade gestacional de 37 semanas e 2 dias, deseja cesárea, LMA em remissão, sem outras comorbidades e sem queixas neurológicas, apresentando exames laboratoriais sem alterações. A anestesia escolhida foi raquianestesia com 3 ml de bupivacaína 0,5% e 50 mcg de morfina. O procedimento ocorreu sem intercorrências. **Discussão:** A escolha anestésica para pacientes com HIC é complexa e depende do equilíbrio entre riscos e benefícios de cada técnica. Embora a anestesia neuroaxial seja contraindicada em pacientes com HIC resultante de lesões devido ao risco de hérnia uncal, em pacientes com HIC idiopática há um edema uniforme do cérebro que impede hérnia, e a anestesia neuroaxial pode ser usada com segurança. A raquianestesia aumenta o volume de líquido no espaço subdural e a peridural comprime o saco dural, alterando a complacência do espaço subdural. É essencial o uso de pequenos volumes de anestésico local e opioides para evitar aumento agudo da PIC. A taxa de injeção deve ser a mais lenta possível. Na técnica peridural, doses incrementais parecem ser mais bem toleradas do que em alto volume. A anestesia geral (AG) na gravidez está associada a vários riscos, incluindo via aérea difícil, aspiração, consciência e potencial mascaramento de alterações neurológicas em pacientes com hipertensão intracraniana. Ainda, a AG pode elevar a PIC devido à laringoscopia, à intubação, à profundidade inadequada da anestesia e à extubação. **Conclusão:** A raquianestesia isolada ou combinada com peridural tem sido usada com segurança em pacientes com HIC. Todavia, é fundamental o monitoramento neurológico, cardiovascular e respiratório nas próximas horas após o procedimento.

Palavras-chave: Anestesia Obstétrica, Hipertensão Intracraniana Idiopática.

REFERÊNCIAS

1. Alves S, Sousa N, Cardoso LÍ, Alves J. Multidisciplinary management of idiopathic intracranial hypertension in pregnancy: case series and narrative review. *Braz J Anesthesiol.* 2022;72(6):790-4. <http://doi.org/10.1016/j.bjane.2021.02.030> PMID:33757747.
2. Chan JW. Current concepts and strategies in the diagnosis and management of idiopathic intracranial hypertension in adults. *J Neurol.* 2017;264(8):1622-33. <http://doi.org/10.1007/s00415-017-8401-7> PMID:28144922.

1086 ANALGESIA COM SCALP BLOCK PARA PACIENTE COM CRANIOSSINOSTOSE: UM RELATO DE CASO

DAVID SILVA ALMEIDA, JOÃO PAULO FUNFAS MORTATTI, PAULO DO NASCIMENTO JÚNIOR, RANNIER FERREIRA MENDES, REBECCA RENATA LAPENDA DO MONTE

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

Introdução: A craniossinostose é definida como um crescimento anormal do crânio decorrente da fusão prematura de uma ou mais suturas cranianas. Pode ser classificada conforme as suturas envolvidas, malformações correlacionadas, podendo ser ao acaso ou ligadas a síndromes genéticas. Sua incidência estimada é de 1:2.000-2.500 nascidos vivos. **Relato de caso:** Paciente com 8 meses, 7,5 kg, com craniossinostose, sem comorbidades conhecidas ou preditores de via aérea difícil. Foi anestesiada inicialmente com máscara de sevoflurano para venóclise, seguida por indução venosa e procedida a intubação orotraqueal sem dificuldades. Puncionado acesso venoso central em tronco braquiocéfálico guiado por ultrassom e punção de pressão arterial invasiva em artéria radial. Paciente foi mantida sob anestesia geral com sevoflurano, remifentanil (0,1 mcg/kg/min) e dexmedetomidina (0,3 mcg/kg/h). A fim de possibilitar técnica analgésica mais eficaz realizou-se o *scalp block* sob técnica asséptica, com ropivacaína 0,2% (5 ml) na região occipital e pré-auricular. A paciente apresentou estabilidade hemodinâmica durante todo procedimento, sem alterações da pressão arterial ou taquicardia, sem distúrbio hidroeletrólítico e ácido-base, sendo realizado apenas um concentrado de hemácias no intraoperatório. Ao final do procedimento, foi realizado dipirona 30 mg/kg e morfina 0,05 mg/kg. Foi procedida a extubação em plano, com o despertar tranquilo e sem sinais de dor no pós-operatório imediato. Devido à boa evolução e ausência de queixas, a paciente obteve alta hospitalar em 24 horas após o procedimento. **Discussão:** A cirurgia de craniossinostose é considerada um procedimento doloroso devido ao descolamento do couro cabeludo e periosteal e está associada ao consumo pós-operatório prolongado de opioides e analgésicos. Procedimentos dolorosos se associam à estimulação adrenérgica, que aumenta a pressão arterial, a frequência cardíaca e a pressão intracraniana. Essa resposta pode ser atenuada pelo uso do bloqueio do couro cabeludo (*scalp block*) que pode ser realizado de forma simples e rápida. Essa técnica possui como vantagens a redução do risco de hipotensão associada a um aumento na profundidade da anestesia, para atenuar a estimulação nociva. **Conclusão:** Este caso demonstrou o benefício do *scalp block* como um complemento ao protocolo analgésico de rotina em criança submetida à correção de craniossinostose, procedimento potencialmente muito doloroso e associado à resposta adrenérgica acentuada.

Palavras-chave: Craniossinostoses, Bloqueio Nervoso, Dor Pós-Operatória.

REFERÊNCIAS

1. Festa R, Tosi F, Pusateri A, et al. The scalp block for postoperative pain control in craniosynostosis surgery: a case control study. *Childs Nerv Syst.* 2020;36(12):3063-70. <http://doi.org/10.1007/s00381-020-04661-z> PMID:32418049.
2. Cercueil E, Migeon A, Desgranges FP, Chassard D, Bouvet L. Postoperative analgesia for craniosynostosis reconstruction: scalp nerve block or local anesthetic infiltration? *Paediatr Anaesth.* 2018;28(5):474-5. <http://doi.org/10.1111/pan.13356> PMID:29870135.
3. Pardey Bracho GF, Pereira de Souza Neto E, Grousseau S, Mottolese C, Dailier F. Opioid consumption after levobupivacaine scalp nerve block for craniosynostosis surgery. *Acta Anaesthesiol Taiwan.* 2014;52(2):64-9. <http://doi.org/10.1016/j.aat.2014.05.006> PMID:25016510.

1087 MANEJO ANESTESIOLÓGICO PARA CESARIANA EM PACIENTE COM SÍNDROME DE GAUCHER: UM RELATO DE CASO

MARCELLO BERTOLDI SANCHEZ NEVES, ANGÉLICA DE FÁTIMA DE ASSUNÇÃO BRAGA, JAIME LAGE VIDAL JÚNIOR, VALDIR BATISTA FERREIRA, VANESSA HENRIQUES CARVALHO

UNICAMP - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, CAMPINAS, SP, BRASIL

Introdução: A Síndrome de Gaucher (SG) é uma doença metabólica rara, causada pela deficiência ou atividade reduzida da enzima glicocerebrosidase, levando ao acúmulo de glicocerebrosídeo em vários tecidos e órgãos¹. A gravidez, trabalho de parto e parto em pacientes com doença de Gaucher constituem um desafio para o anestesiológico, devido à coagulação anormal e ao envolvimento de múltiplos órgãos. Esses aspectos podem impactar na determinação da via de parto e, conseqüentemente, na escolha da modalidade anestésica empregada durante o procedimento². A anestesia para cesariana em pacientes com Síndrome de Gaucher é pouco abordada na literatura médica. Este relato de caso busca discutir considerações anestésicas, desafios e opções para uma abordagem segura e eficaz nesse cenário específico. **Relato:** Paciente do sexo feminino, 26 anos, 36 semanas de gestação, G3C2, em seguimento no serviço de gestação de alto risco devido ao diagnóstico prévio de síndrome de Gaucher, antecedentes de fraturas patológicas de quadril, vertebra lombar L2 e fêmur (Imagens A e B). Apresenta também antecedente de partos prematuros prévios (38 semanas e 28 semanas). Solicitado cesariana devido à restrição de crescimento fetal, optado por anestesia geral balanceada devido a variação de plaquetopenia (43 – 58 mil) somado ao histórico das fraturas apresentadas com restrição de movimentação pela paciente. Realizada indução anestésica com fentanil, propofol e rocuroônio, intubação orotraqueal com TOT 8,0 com *cuff* sem intercorrências. Manutenção com sevoflurano e extubação após reversão com atropina e neostigmina devido a TOF favorável (Imagens C e D) sem intercorrências em intraoperatório e coletado hemograma ao final do procedimento (Hb 9,1g/dL; Ht 27%; Plaquetas 51.000 uL; TTPa 24,2; RNI 0,97). A paciente foi encaminhada à RPA, permanecendo até atingir pontuação 10 em escala de ALDRETE. **Discussão:** O caso relata um quadro clínico típico de SG e uma conduta anestésica adequada e bem-sucedida. A necessidade da avaliação individualizada pelo anestesista responsável requer atenção especial às diversas variáveis clínico-patológicas existentes nesses pacientes. Devido ao acometimento hematológico e hepatopatia frequentes, tem-se atenção especial a coagulação destes, sendo crucial para escolha do tipo de anestesia e uso de hemocomponentes. Apesar da literatura apresentar muitos relatos de cirurgias obstétricas em que se utilizou bloqueio espinal, optou-se pela anestesia geral em virtude de outras variáveis envolvidas.

Palavras-chave: Doença de Gaucher, Cesárea.

REFERÊNCIAS

1. Cox TM, Aerts JM, Andria G, et al. The role of the iminosugar N-butyldeoxynojirimycin (miglustat) in the management of type I (non-neuronopathic) Gaucher disease: a position statement. *J Inherit Metab Dis.* 2003;26(6):513-26. <http://doi.org/10.1023/A:1025902113005> PMID:14605497.
2. Silverstein JH, Khoo KC, Schwarzenberger JC, Murdoch JL. Subarachnoid anesthesia for cesarean section in a patient with Gaucher's disease. *Anesthesiology.* 1985;63(5):566-8.

1091 INTUBAÇÃO SUBMENTONIANA EM FRATURAS FACIAIS COMPLEXAS

LUIZA ZENOBIO DA COSTA, CARLOS FREDERICO FÁVERO COSTA

CET HOSPITAL MUNICIPAL SOUZA AGUIAR - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL MUNICIPAL SOUZA AGUIAR, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

A definição da melhor estratégia anestésica para pacientes com fraturas faciais deve contemplar o tipo de fraturas, a técnica cirúrgica a ser adotada e a segurança do paciente. O presente relato de caso aborda a intubação submentoniana (ISM) em paciente com fratura facial complexa e acesso cirúrgico através da cavidade oral. Paciente masculino, 20 anos, vítima de agressão física com múltiplas fraturas faciais é trazido para avaliação cirúrgica, sendo indicado intervenção cirúrgica. A escolha entre intubação orotraqueal convencional (IOT), orotraqueal submentoniana (ISM), nasotraqueal (INT) e traqueostomia (TQT) foi guiada pela necessidade de bloqueio maxilo-mandibular total transoperatório. A ISM, técnica escolhida, mostrou-se mais vantajosa por apresentar menor morbidade e por ser indicação eficaz em fraturas do terço médio da face. A técnica de ISM requer habilidade na intubação e conhecimento anatômico local. Em comparação à TQT, a ISM oferece segurança ao paciente, com visibilidade no campo operatório, e desfecho estético superior. Por sua vez, tanto a IOT quanto a INT inviabilizariam a resolução completa das fraturas em um único tempo cirúrgico. No caso apresentado, a incisão submentoniana foi feita pelo cirurgião buco-maxilo-facial, seguida pela conversão para ISM. Ao fim do procedimento, o paciente foi extubado sem intercorrências e encaminhado à enfermaria após alta do setor de recuperação anestésica. A ISM é uma técnica segura, de baixa morbidade, recomendada para o tratamento de pacientes com múltiplas fraturas faciais, sobretudo mandibulares. A desmistificação e a divulgação de sua técnica são sugeridas para aprimorar os cuidados a esse tipo de paciente.

Palavras-chave: Fratura Facial Complexa, Intubação Submentoniana, Via Aérea.

REFERÊNCIAS

1. Al Qooz F, Alanezi M, Sayed AR. Submental intubation – a change in perspective about maxillofacial procedures: a brief review of the literature. Perioper Care Oper Room Manag. 2023;33:100342. <http://doi.org/10.1016/j.pcorn.2023.100342>.
2. Troise S, Committeri U, Barone S, et al. Submental intubation in complex maxillofacial trauma: pilot balloon protection. J Craniomaxillofac Surg. 2023;53(2):212-21. <http://doi.org/10.1016/j.jcms.2023.12.003> PMID:38143159.

1093 MANEJO ANESTÉSICO DE GESTANTE COM PENTALOGIA DE FALLOT SUBMETIDA À CESARIANA: RELATO DE CASO

LOUISE PAOLA NICHILATTI, ANA LAURA GRANDO ROCHA

HOSPITAL REGIONAL HANS DIETER SCHMIDT, JOINVILLE, SC, BRASIL

O estudo relata o manejo anestésico de uma paciente de 21 anos, tercigesta com 37 semanas de idade gestacional, com Pentalogia de Fallot não corrigida submetida à cesariana por iteratividade e restrição de crescimento intrauterino. A paciente relatou descompensação do quadro aos 8 meses de gestação, com necessidade de internação hospitalar, apresentando cansaço respiratório aos mínimos esforços, necessitando ocasionalmente de oxigênio suplementar em cateter nasal, a baixos fluxos, considerada com baixa capacidade funcional, classe III no escore funcional de New York Heart Association (NYHA), classificação de risco anestésico da American Society of Anesthesiologists (ASA) IV e quanto ao risco cardiovascular associado à gestação, pela classificação da Organização Mundial da Saúde (OMS) modificada, considerada risco III. Além de acessos venosos calibrosos em membros superiores, foi punccionado artéria radial para monitorização de pressão arterial invasiva. A técnica anestésica utilizada foi o bloqueio combinado raqui-peridural, com punção peridural para passagem de cateter seguida de punção para raquianestesia em um espaço intervertebral abaixo. Durante a punção para passagem de cateter peridural, houve perfuração de *dura mater*, sendo necessária nova punção em um espaço intervertebral acima. O bloqueio atingiu nível sensitivo adequado para realização do procedimento, com bloqueio motor completo, sem repercussões cardiovasculares importantes e permitiu à mãe que presenciasse o nascimento da criança, necessitando de complementação de dose após uma hora da administração inicial. Com o clampeamento da artéria umbilical após 30 segundos, foi realizado 3 unidades de ocitocina em 10 minutos, com contração uterina adequada referida pela equipe cirúrgica, sem repercussão hemodinâmica ou sintomas referidos pela paciente. Houve necessidade de uso de vasopressor em baixa dose uma vez por hipotensão sintomática com o decúbito, resolvendo-se com o desvio uterino. A perda sanguínea foi estimada em 500 mm, foi infundido 750 mm de cristaloides e a diurese no período, quantificada em sonda vesical de demora, totalizou 200 mm. O procedimento ocorreu sem intercorrências para a gestante e o recém-nascido, sendo a paciente encaminhada estável à Unidade de Terapia Intensiva no pós-operatório, liberada em 48 horas, sem descompensação do quadro cardíaco e queixa de cefaleia.

Palavras-chave: Tetralogia de Fallot, Anestesia Obstétrica, Anestesia.

REFERÊNCIAS

1. Wang K, Xin J, Wang X, Yu H, Liu X. Pregnancy outcomes among 31 patients with tetralogy of Fallot, a retrospective study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019;19(1):486. <http://doi.org/10.1186/s12884-019-2630-y> PMID:31823779.
2. Townsley MM, Windsor J, Briston D, Alegria J, Ramakrishna H. Tetralogy of fallot: perioperative management and analysis of outcomes. *J Cardiothorac Vasc Anesth*. 2019;33(2):556-65. <http://doi.org/10.1053/j.jvca.2018.03.035> PMID:29706570.

1096 BLOQUEIO DE GÂNGLIO ESTRELADO NA TAQUICARDIA VENTRICULAR: RELATO DE CASO

RAFAELA SIMONCELO DE MOURA, GUILHERME ANTONIO DE LIMA E SILVA, MAYCOW GODINHO LIMA FRANÇA, VICTOR ALEXSANDER ALENCAR MENDES

UFVJM - FAMED, DIAMANTINA, MG, BRASIL

Introdução: O gânglio estrelado é formado pela fusão do gânglio cervical inferior (C7) e do primeiro gânglio torácico (T1) em 80% das pessoas. Desempenha papel crucial na inervação simpática do pescoço, membros superiores, cabeça e coração. Este relato explana sobre o controle temporário da Taquicardia Ventricular (TV) em uma paciente chagásica, utilizando a técnica de Bloqueio do Gânglio Estrelado (BGE) esquerdo guiado por ultrassom (USG). **Relato do caso:** Mulher, 66 anos, ASA 3, hipertensa e portadora de insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida em uso de marcapasso (MP) há 10 anos, apresentou mal-estar súbito, sendo levada para hospital apresentando taquicardia ventricular monomórfica. À admissão, tentou-se cardioversão química com amiodarona 300 mg, sem resposta satisfatória, evoluindo com rebaixamento sensório e TV sem pulso. Feita desfibrilação elétrica e encaminhada ao CTI. Durante a internação, apresentou inúmeros episódios de arritmias ventriculares com instabilidade hemodinâmica e evolução para parada cardiorrespiratória mesmo em uso de lidocaína em bomba de infusão a 4,8 mg/h e amiodarona 200 mg de 12/12h. Para controle das TV, optou-se por realizar BGE guiado por USG com ropivacaína + dexametasona. Procedimento realizado sem intercorrências, evoluiu com ritmo de MP sem novas arritmias nas próximas 96 horas. **Discussão:** A tempestade elétrica é a ocorrência de 3 ou mais episódios de arritmia ventricular, separadas por no mínimo 5 minutos dentro de 24 horas. É uma emergência médica por gerar instabilidade hemodinâmica, condicionando um acréscimo de mortalidade superior a 35%. No presente caso, a paciente foi refratária ao uso de antiarrítmicos e ao bloqueio adrenérgico habitual. O BGE visa interromper o componente autonômico simpático diretamente, que desempenha importante papel arritmogênico. O bloqueio terapêutico é feito utilizando de 3 a 8 ml de anestésico local e há três técnicas para o BGE: guiada por marcos anatômicos, por fluoroscopia ou por USG. A guiada por USG, além de ser uma técnica não invasiva e de baixo custo, proporciona maior segurança e eficácia, já que evidencia tecidos moles. O desfecho positivo relatado, sugere que o BGE desempenhou um papel crucial no controle da TV refratária, oferecendo uma alternativa viável e eficaz para pacientes que não respondem adequadamente às terapias convencionais. Entretanto, estudos clínicos randomizados são necessários para avaliar a segurança e efetividade do BGE no tratamento da TV a longo prazo.

Palavras-chave: Anestésicos, Bloqueio de Gânglio Estrelado, Taquicardia Ventricular.

REFERÊNCIAS

1. Jentzer JC, Noseworthy PA, Kashou AH, et al. Multidisciplinary critical care management of electrical storm: JACC state-of-the-art review. *J Am Coll Cardiol.* 2023;81(22):2189-206. <http://doi.org/10.1016/j.jacc.2023.03.424> PMID:37257955.
2. Narouze S. Ultrasound-guided stellate ganglion block: safety and efficacy. *Curr Pain Headache Rep.* 2014;18(6):424. <http://doi.org/10.1007/s11916-014-0424-5> PMID:24760493.

1100 MANEJO ANESTÉSICO PARA EXTIRPAÇÃO DE FEOCROMOCITOMA

TAYLOR BRANDÃO SCHNAIDER, ALINE LUIZA NASCIMENTO SILVA, JHONNE DIEGO FRANÇA DA SILVA ARRUDA, PEDRO LUÍS COGO, VITTOR RIBEIRO BRITO

CET POUSO ALEGRE MG, POUSO ALEGRE, MG, BRASIL

Introdução: Feocromocitoma é um tumor raro acometendo 0,1% da população hipertensa e consiste em uma importante causa de hipertensão arterial grave. **Relato de caso:** Paciente sexo feminino, 48 anos, 85 kg, ASA III, com hipertensão arterial severa, diabetes tipo 2 e insuficiência cardíaca sintomática, submetida a extirpação de feocromocitoma. Realizada venopunção, em membro superior direito, com cânula intravenosa 18G, sendo administrado midazolam (2mg), fentanila (50 mcg), cetorolaco (30 mg), esmolol (0,5 mg/kg), ceftriaxona (2 g) e metronidazol (1,5 g). Monitorização foi efetuada por cardioscopia, oximetria de pulso, capnografia, BIS, pressão arterial invasiva e punção da veia jugular interna. Administrou-se anestesia peridural contínua, nos níveis de L1-L2, agulha de Tuohy 17G, injetando-se ropivacaína 2% (14 ml) e morfina (2 mg). Na indução, utilizou-se Dexmedetomidina (1,0 mcg.kg-1) por 10 minutos e, a seguir, Propofol (2,0 mg.kg-1), fentanila (5,0 mcg.kg-1) e cisatracúrio (0,15 mg.kg-1). Para manutenção usou-se Propofol (75 mcg.kg-1.min-1), associação de Dexmedetomidina (100 mcg), Lidocaína sem vasopressor 2% (400 mg), Sulfato de Magnésio 10% (1 g) e Água destilada estéril 9 ml titulada, na velocidade de 0,1 a 0,2 mL.kg-1.h-1, Cisatracúrio (0,09 mg.kg-1.h-1) e Sevoflurano 1,2%. A pressão arterial inicial foi de 160/100 mmHg e a frequência cardíaca 88bpm, mantendo-se ambas estáveis durante todo o ato operatório, na faixa de 110/68 mmHg e 68bpm. Após a realização da adrenalectomia esquerda, sem intercorrências, a paciente foi encaminhada para UTI, extubada. O cateter peridural foi retirado após 48 horas. **Discussão:** O procedimento cirúrgico é a conduta terapêutica definitiva. Para diminuir a morbimortalidade, o tratamento anti-hipertensivo pré-operatório, a associação de técnicas anestésicas e o controle hemodinâmico no intraoperatório são fundamentais. Estudos revelam que a lidocaína, além de possuir um efeito benéfico nos mediadores inflamatórios, reduz a dor nas primeiras 24 horas de pós-operatório. A dexmedetomidina, um alfa-2-adrenérgico, promove sedação, analgesia e efeito simpaticolítico, assim como reduz a necessidade de morfina por 12 a 24 horas. Não deve ser negligenciado o controle glicêmico intraoperatório e pós-operatório, pela possível ocorrência de hipoglicemia. Durante o ato operatório não ocorreu hipertensão, o que evitou o uso de nitroprussiato de sódio, assim como hipotensão, sendo desnecessária reposição volêmica ou administração de norepinefrina.

Palavras-chave: Feocromocitoma, Anestesia Epidural, Dexmedetomidina.

REFERÊNCIAS

1. Naranjo J, Dodd S, Martin YN. Perioperative management of pheochromocytoma. J Cardiothorac Vasc Anesth. 2017;31(4):1427-39. <http://doi.org/10.1053/j.jvca.2017.02.023> PMID:28392094.
2. Castro Azevedo EC, Isoni NCF, Quintão VC, Trindade CAF, Duarte NL. Anestesia para suprarrenalectomia em pacientes com feocromocitoma bilateral: relato de dois casos e considerações sobre o tema. Rev Med Minas Gerais. 2012;22(Supl 4):S3-11.

1109 PROMOVENDO A SUSTENTABILIDADE NA ANESTESIOLOGIA: DESAFIOS E OPORTUNIDADES

FERNANDA SANTOS WENGROVER, AIRTON BAGATINI, CLAUDIO ROBERTO GOMES, FELIPE FAVERO,
RUBENS DEVILDOS TRINDADE

SOCIEDADE DE ANESTESIOLOGIA - SANE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

Introdução: O setor da saúde tem um impacto considerável no meio ambiente devido ao uso intensivo de recursos naturais e à geração de resíduos. Ao bloco cirúrgico atribui-se 20 – 30% dos resíduos hospitalares. Aqueles gerados pela anestesia representam 25% do total de rejeitos da sala cirúrgica e 60% destes são recicláveis. Assim, evidencia-se a necessidade de adotar práticas mais sustentáveis nesse campo, preocupando-se com: a escolha de equipamentos e materiais mais sustentáveis, os resíduos dos agentes inalatórios, a gestão do fluxo de gases frescos, o uso consciente de anestésicos intravenosos e outros produtos farmacêuticos e o descarte adequado do lixo hospitalar. **Objetivos:** Avaliar as práticas de anestesiologia sustentável em um serviço médico. Ademais, busca identificar barreiras para a adoção dessas práticas, avaliar o engajamento dos profissionais e sugerir vias para melhorias. **Método:** Trata-se de pesquisa descritiva qualitativa. Dados obtidos através de questionário anônimo de adesão voluntária, composto por 29 questões (5 escalas Likert, 14 de escolha única e 10 de múltipla escolha), enviado por e-mail para anesthesiologists (34) e residentes (24) em anestesiologia de um serviço privado. **Resultados:** 89% responderam ao questionário. 60,4% eram anesthesiologists e 54,2% tinham entre 20 – 34 anos. 37,5% consideram-se ativos para evitar impactos ambientais negativos. Dentre as medidas mais praticadas tem-se a separação de resíduos e o uso de lâmpadas econômicas. 54,2% não sabiam se o hospital/serviço em que trabalhavam era adepto à essa prática. 31,3% concordam muito pouco ou pouco que seu nível de conhecimento sobre o tema é suficiente para orientar sua prática clínica; 60,4% alegam que não receberam formação/educação sobre sustentabilidade na anestesia e aqueles que receberam afirmam que foi através de conferência/seminário (52,4%). 89,6% se disseram dispostos a aderir às práticas mais sustentáveis na anestesia e a realizar outras ações para superar as barreiras e tornar usual a prática sustentável. **Conclusões:** Diante do cenário atual de escassez de recursos naturais, a promoção da sustentabilidade na anestesiologia é urgente. A educação é ferramenta crucial para sensibilizar os profissionais e promover mudanças comportamentais. Além disso, a disposição demonstrada pelos participantes em superar as barreiras e adotar práticas mais sustentáveis indica um potencial promissor para avanços nessa área.

Palavras-chave: Impacto Ambiental, Sustentabilidade.

REFERÊNCIAS

1. Axelrod D, Bell C, Feldman J. Greening the operating room and perioperative arena: environmental sustainability for anesthesia practice. Schaumburg: American Society of Anaesthesiologists; 2015 [citado em 2023 Jan 5]. Disponível em: <https://www.asahq.org/about-asa/governance-and-committees/asa-committees/committee-on-equipment-and-facilities/environmental-sustainability/greening-the-operating-room>.
2. Hawkins J, Parrott N. Sustainability: background science; ANO [citado em 2023 Abr 28]. Disponível em: <https://www.rcoa.ac.uk/events-professional-development/education-professional-development/e-learning-anaesthesia>.

1111 MANEJO ANESTÉSICO DE CESARIANA COM PROVÁVEL RECIDIVA DE FEOCROMOCITOMA: UM RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

GIAN FRANCISCO LINHARES SCARCELA, ANA LUISA DE REZENDE ALMEIDA, DÁRIO YAMASHIRO, EMÍLIO CARLOS DEL MASSA, MATHEUS DE ALMEIDA MORAES VERAS

HOSPITAL SANTA MARCELINA, SÃO PAULO, SP, BRASIL

Introdução: Feocromocitomas são tumores de células cromafins derivados da crista neural, raros e geralmente benignos, com incidência anual de 2 a 9,1 casos por 1 milhão de adultos. Durante a gravidez, a ocorrência é mais rara e varia de 1 em 15.000 a 1 em 54.000 pacientes e é uma causa rara de hipertensão arterial na gravidez. A mortalidade geral materna e fetal foram estimadas em 9,8% e 16%, respectivamente. Em casos não diagnosticados e não tratados, a mortalidade atinge de 40 a 50%. O manejo anestésico destes pacientes é um desafio ao anestesiológico, já que a liberação abrupta de catecolaminas pode trazer consequências devastadoras para mãe e para o feto. **Relato de caso:** Paciente gestante de 31 anos, G6P2A3, idade gestacional de 36 semanas e 5 dias. Além dos diagnósticos de diabetes mellitus gestacional e pré-eclâmpsia controlada, a paciente possui um histórico de feocromocitoma tratado cirurgicamente. No último rastreamento para recidiva do feocromocitoma a paciente apresentou uma dosagem de noradrenalina plasmática > 2.500 mcg/L quatro dias antes da cesariana programada. Após discussão, foi aventada a hipótese de recidiva ou metástase do tumor. A cesariana foi realizada sob anestesia geral e peridural. A indução anestésica em sequência rápida foi realizada com fentanil 150 mcg, lidocaína 80 mg, remifentanil em bomba de infusão (0,1-0,3 mcg/kg/min), propofol 120 mg e rocurônio 100 mg. O monitoramento intraoperatório incluiu uma pressão arterial invasiva antes e os demais monitores de rotina. A cirurgia transcorreu sem complicações e a paciente foi encaminhada a UTI com sinais vitais estáveis, sem uso de drogas vasoativas, por 48 horas. **Discussão:** Idealmente, o feocromocitoma deveria ser diagnosticado e tratado antes da concepção, dado que o movimento fetal, as contrações uterinas e a indução anestésica podem precipitar uma liberação aguda de catecolaminas. Em casos de doença metastática, a condução pode ser mais tranquila pelo caráter indolente desses tumores. Alguns recomendam que um tratamento clínico com alfa e beta bloqueadores adrenérgicos seria melhor que o tratamento cirúrgico para mulheres com feocromocitoma durante a gravidez. Não há dados suficientes para apoiar o parto cesárea ou parto vaginal, mas ainda se prefere cesárea na maioria dos casos. Além disso, não há consenso sobre a melhor técnica anestésica, então cabe ao anestesista decidir qual técnica fornece maior proteção e menos repercussão hemodinâmica na paciente e no feto.

Palavras-chave: Feocromocitoma, Anestesia.

REFERÊNCIAS

1. Raymond O, Angelos P, Kaplan E, Bakris G. Pheochromocytoma in pregnancy: a case series and review. Hypertension. 2010;55(3):600-6. . PMID:20083723.
2. Lenders JWM, Langton K, Langenhuijsen JF, Eisenhofer G. Pheochromocytoma and pregnancy. Endocrinol Metab Clin North Am. 2019;48(3):605-17. . PMID:31345526.

1112 INTRAOPERATIVE CARDIAC ARREST AND ITS 30-DAY MORTALITY IN A BRAZILIAN QUATERNARY UNIVERSITY HOSPITAL: AN 18-YEAR OBSERVATIONAL STUDY

ARTHUR CAUS DE MORAIS, DANIELA DE SÁ MENEZES PORTO, JESSICA GATTO JACOMINI, JOAO VITOR DE AVILA SOARES, LEANDRO GOBBO BRAZ

FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU -UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL

Background and Goal of Study: Cardiac arrest (CA) is a rare complication during the intraoperative period with the possibility of a catastrophic outcome. Worldwide, there are few studies that evaluate mortality up to 30 days after intraoperative CA. We aimed to evaluate intraoperative CA and anesthesia-related cardiac arrest (ARCA) rates and their outcomes up to 30 days postop in a Brazilian university hospital. **Materials and Methods:** After approval from the local IRB, a retrospective observational study was conducted from 2005 to 2022. The intraoperative CA and ARCA rates, and mortality and survival rates up to 30 days postop were described over 18 years, divided into three periods (2005-2010; 2011-2016; 2017-2022) and calculated according to age, sex, ASA physical status, anesthetic technique, and surgical specialty. Causes of intraoperative ARCA and its outcome up to 30 days postop were identified. The X test was performed to identify differences between rates of dichotomous variables and Tukey's proportion test with Bonferroni correction was applied. Logistic regression was performed to identify at risk groups. All rates were expressed in absolute values per 10,000 anesthetics, followed by 95% confidence interval (95% CI). **Results and Discussion:** In 154,178 anesthetics, the intraoperative CA rate was 19.2 (95% CI 16.5–21.9; n=297 CA) and the mortality rate up to 30 days postop was 16.1 (95% CI 13.9–18.2; n=248 deaths), with a survival rate of 16.5%. The main risk groups for CA and mortality were being younger than 1-year old, emergency cardiac surgery, and general anesthesia ($p < 0.001$). Sixteen ARCA (1.0 per 10,000 anesthetics [95% CI 0.4–1.6]) and four anesthesia-related deaths (0.26 per 10,000 anesthetics [95% CI 0.0–0.5]) were identified, corresponding to a 75% survival rate. In 81% of ARCA and 100% of anesthesia-related deaths, inadequate airway management was the primary cause. Despite an increase over time in the proportion of ASA \geq III patients and surgical complexity, a statistical reduction of CA from the first to the second and third periods in addition to a non-statistical reduction of ARCA in the third period were observed. This suggests an increase in patient safety. **Conclusion(s):** The study showed high intraoperative CA and mortality rates up to 30 days postop, mainly in patients younger than 1-year old with ASA \geq III, emergency, and cardiac surgery. There were few ARCA and anesthesia-related deaths, the majority due to inadequate airway management.

Key words: cardiac arrest, risk, death

REFERENCES

1. Fuchs A, Franzmeier L, Cheseaux-Carrupt M, et al. Characteristics and neurological survival following intraoperative cardiac arrest in a Swiss University Hospital: a 7-year retrospective observational cohort study. *Front Med.* 2023;10:1198078. <http://doi.org/10.3389/fmed.2023.1198078>.
2. Braz LG, Módolo NSP, Nascimento P Jr, et al. Perioperative cardiac arrest: a study of 53,718 anaesthetics over 9 yr from a Brazilian teaching hospital. *Br J Anaesth.* 2006;96(5):569-75. <http://doi.org/10.1093/bja/ael065>. PMID:16565228.

1116 REALIZAÇÃO DE BLOOD PATCH NO TRATAMENTO DE CEFALEIA POR FÍSTULA LIQUÓRICA DESENCADEADA POR MÚLTIPLOS FERIMENTOS POR ARMA BRANCA- UM RELATO DE CASO

DAVI VIANA UMBELINO, HENRIQUE GIOPPO CALEGARI, RICARDO VIANA REZENDE, VITORIA BRESSAN PESSOA

HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO, TUBARÃO, SC, BRASIL

Introdução: O vazamento de líquor é geralmente classificado como espontâneo, traumático e iatrogênico. Entre as causas mais comuns destaca-se o trauma não cirúrgico, representando 80% dos vazamentos, causas iatrogênicas 16% e 4% são atribuídos a etiologias diversas. Os sintomas mais comuns incluem cefaleia ortostática, cervicalgia e alterações em pares cranianos. Relatamos um caso de cefaleia associada a fistula liquórica tratada com blood patch (BP) realizados em duas internações. **Relato do caso:** Feminino, 36 anos, 62 kg, 1,63 m, vítima de tentativa de homicídio por arma branca é admitida com múltiplas lesões incluindo duas em região cervico-dorsal. Referiu cefaleia intensa à admissão, negou trauma cranioencefálico. Ao exame: Incontinência urinária, paraparesia grau 4 à esquerda e grau 2 com perda proprioceptiva à direita. Nível sensitivo em T4, não vencia a gravidade em membro inferior direito. Achados compatíveis com Síndrome de Brown-Séquard incompleta. Realizada tomografia de coluna, apresentando com focos gasosos junto ao canal vertebral na transição cervico-torácica e no subcutâneo. Solicitada realização de BP pela neurologia: punção peridural com agulha Tuohy 17G, nível L3, injetado 15 ml de sangue venoso com melhora instantânea. Readmitida após 30 dias com mesmo quadro de cefaleia e melhora parcial com analgésicos e cafeína. Submetida a ressonância magnética de coluna evidenciando área descontínua no saco dural em porção posterior à direita, no nível de T2-T3 e alteração de sinal em medula em situação lateral direita sugestivos de fístula dural. Ao uso de contraste venoso houve realce difuso no saco dural em toda a extensão avaliada sugerindo hipotensão liquórica associada à fistula dural. Havia imagens com hipersinal nos corpos vertebrais de T2, T3, T6 e T10 sugestivos de hemangioma. Realizado novo BP, sob mesma técnica, com melhora instantânea dos sintomas e resolução do quadro. **Discussão:** A aplicação do BP é uma técnica valiosa para qualquer especialista que lide com o extravasamento de líquor. Tem a capacidade de aliviar rapidamente os sintomas em grande parte dos casos. A eficácia do procedimento demonstrou aumentar conforme a quantidade de sangue utilizada, com uma taxa de sucesso de 80% com 15 ml e >95% com 20 ml. Raramente o BP é repetido para o tratamento de sintomas recidivantes e o tratamento cirúrgico é indicado quando o local do vazamento foi identificado, ausência de resposta a tratamentos menos invasivos e persistem sintomas graves.

Palavras-chave: Blood patch, Fístula liquórica, Cefaleia.

REFERÊNCIAS

1. Smith KA. Spontaneous intracranial hypotension: targeted or blind blood patch. J Clin Neurosci. 2016;25:10-2. <http://doi.org/10.1016/j.jocn.2015.07.009> PMID:26461907.

1119 ANÁLISE DO IMPACTO DO ENSINO DE RCP EM ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DE INSTITUIÇÕES EDUCACIONAIS PÚBLICAS E PRIVADAS EM ARACAJU/SE

MÁRCIO DUARTE CARVALHO ALVES, FABRÍCIO DIAS ANTUNES, FELIPE BATISTA SANTOS, JULIO CEZAR DE OLIVEIRA FILHO, VANESSA RAMOS DE FARIA SANTANA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE, SÃO CRISTÓVÃO, SE, BRASIL

Introdução: A parada cardiorrespiratória (PCR) é classificada como uma emergência médica, com a taxa de sobrevivência de uma vítima de PCR fora do ambiente hospitalar variando em torno de 10%. A identificação imediata da situação e a aplicação de uma intervenção inicial rápida e eficaz podem influenciar de maneira significativa o desfecho clínico do paciente. **Objetivo:** Analisar o impacto do ensino de Reanimação Cardiopulmonar (RCP) em estudantes do ensino médio de instituições educacionais públicas e privadas em Aracaju/SE e avaliar o conhecimento prévio sobre PCR/RCP. **Método:** A pesquisa incluiu a participação de 343 alunos de 5 instituições de ensino selecionadas aleatoriamente. O estudo foi dividido em 3 fases: a aplicação de um pré-teste, a realização do curso teórico-prático, a aplicação de um pós-teste imediatamente após o curso (com perguntas objetivas como as do pré-teste), e por último, a reaplicação do pós-teste três meses após o término do curso. **Resultados:** A análise dos dados da pontuação dos participantes foi conduzida por meio da Análise de Variância (ANOVA) devido à melhor interpretação dos resultados e à possibilidade de calcular o tamanho do efeito. A ANOVA indicou um efeito da intervenção na pontuação dos participantes [F(Greenhouse-Geisser) (1,95; 657,83) = 998,4, $p < 0,001$, $\eta^2_p = 0,747$]. O pós-teste de Scheffe revelou diferença estatística entre as médias nos três momentos ($p < 0,001$), com a média do pré-teste sendo 5,8 (desvio padrão de 2,2), a do pós-teste imediato sendo 11,8 (desvio padrão de 1,6), e a do pós-teste realizado após três meses sendo 10,9 (desvio padrão de 2,0). A média da pontuação após três meses foi 0,87 ponto menor que a do pós-teste (IC 95% 0,61 a 1,13, Cohen-d = 0,354). Após a intervenção educacional, foi observada notável melhoria nos acertos de todos os aspectos avaliados no teste pelos participantes. Além disso, foi constatado que os estudantes possuíam um conhecimento prévio significativamente mais elevado sobre o acionamento de ajuda – sabendo em qual número acionar o SAMU e em quais locais solicitar um desfibrilador externo automático – em comparação com sua compreensão das várias etapas subsequentes no processo de atendimento à PCR. **Conclusão:** O ensino de RCP nas instituições de ensino emerge como uma estratégia valiosa para impactar positivamente situações de PCR ocorridas fora do ambiente hospitalar e testemunhadas por pessoas sem treinamento médico.

Palavras-chave: Educação Continuada, Parada Cardíaca, Reanimação Cardiopulmonar.

REFERÊNCIAS

1. Merchant RM, Topjian AA, Panchal AR, et al, and the Adult Basic and Advanced Life Support, Pediatric Basic and Advanced Life Support, Neonatal Life Support, Resuscitation Education Science, and Systems of Care Writing Groups. Part 1: Executive Summary: 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 2020;142(16, Supl 2):S337-57. <http://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000918> PMID:33081530.
2. Nakagawa NK, Silva LM, Carvalho-Oliveira R, et al. KIDS SAVE LIVES BRAZIL: a successful pilot program to implement CPR at primary and high schools in Brazil resulting in a state law for a training CPR week. *Resuscitation*. 2019;140:81-3. <http://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2019.05.009> PMID:31121207.
3. Semeraro F, Ristagno G, Greif R, et al. Renewed KIDS SAVE LIVES campaign to further increase awareness and fight sudden cardiac death in the era of COVID-19. *Resuscitation*. 2020;153:183-4. <http://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2020.06.018> PMID:32574653.

1120 ANESTESIA PARA CISTOSTOMIA EM RECÉM-NASCIDO PREMATURO COM VÁLVULA DE URETRA POSTERIOR E ASCITE VOLUMOSA PÓS-CIRURGIA INTRAUTERINA MALSUCEDIDA: RELATO DE CASO

HERMAN YURI ALMEIDA TOGO, CÉSAR DE ARAÚJO MIRANDA, FABIO VIEIRA TOLEDO, ITALO PIRES GOMES

CET DISC.DE ANEST.FAC.MEDICINA JUNDIAÍ - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE JUNDIAÍ, JUNDIAÍ, SP, BRASIL

Introdução: A válvula de uretra posterior (VUP) é uma prega membranosa na parte posterior da uretra prostática que age obstruindo o fluxo urinário, permitindo apenas o fluxo retrógrado. A depender do grau de obstrução, causa uretero-hidronefrose bilateral, distensão abdominal, oligoâmnio, hipoplasia pulmonar, distúrbios hidroeletrólíticos, ascite urinosa, restrição do crescimento intrauterino, anemia e sepse pós-natal. A derivação vésico-amniótica é uma cirurgia intrauterina que tem o objetivo de derivar a bexiga fetal para a cavidade amniótica para impedir a lesão renal. **Relato de caso:** recém-nascido (RN) prematuro com VUP foi submetido a 2 tentativas de derivação vésico-amniótica malsucedidas com 23 e 30 semanas de gestação. A gestação foi interrompida com 30 semanas e 3 dias devido prolapso de cordão. Ao nascimento, o RN apresentava-se com 1880 g, ascite volumosa, criptorquidia e pé torto bilaterais e desconforto respiratório. Antes da intervenção cirúrgica, foi solicitado à uropediatria a drenagem da ascite, a qual foi insatisfatória. Foi submetido à indução inalatória com sevoflurano, 10 mcg de fentanil e 1,5 mg de rocurônio, IOT com tubo 3,0 sem *cuff* e ventilação mecânica controlada. A despeito da otimização ventilatória, a dessaturação ($SpO_2 = 40\%$) só foi revertida após a drenagem de 600 ml de ascite urinosa. Foi realizada a cistostomia, porém o RN faleceu após 3 dias por insuficiência renal. **Discussão:** A ascite, secundária ao insucesso na obtenção da derivação vésico-amniótica, somada à hipoplasia pulmonar, levou a grandes dificuldades no manejo da ventilação. Recentemente, alguns pesquisadores apontam que existe um efeito neurodegenerativo causado pelos agonistas GABAérgicos e antagonistas NMDA nos primeiros anos de vida que pode levar ao déficit de aprendizagem e memória. Por essa razão, alguns autores recomendam evitar tais classes de drogas, realizar bloqueios do neuroeixo, sedar com dexmedetomidina e manter ventilação espontânea. No entanto, tal polêmica recomendação nem sempre é exequível, sobretudo em urgências complexas e raras como a relatada, onde a ascite volumosa inviabilizava tanto a ventilação espontânea como o bloqueio do neuroeixo. Portanto, considerando a baixa capacidade residual funcional optamos pela anestesia geral com intubação em sequência rápida. Por fim, merece destacar que as cirurgias fetais não são mais procedimentos inéditos, de maneira que, tais situações tornar-se-ão menos raras em hospitais materno-infantis.

Palavras-chave: Cistostomia, Recém-nascido Prematuro, Válvula de Uretra Posterior.

REFERÊNCIAS

1. Garcia DB, Valério AL, Tenório SB. Anestesia no recém-nascido prematuro. In: Cangiani LM, Carmona MJ, Ferez D, et al., editores. Tratado de Anestesiologia: SAESP. 9. ed. São Paulo: Editora dos Editores Eireli; 2021. p. 2811-22.
2. McCann ME, Soriano SG. General anesthetics in pediatric anesthesia: influences on the developing brain. *Curr Drug Targets*. 2012;13(7):944-51. <http://doi.org/10.2174/138945012800675768> PMID:22512394.

1123 INTOXICAÇÃO HÍDRICA EM PACIENTE APÓS RESSECÇÃO TRANSURETRAL DE PRÓSTATA: RELATO DE CASO

ALINE VIEIRA GUIMARAES, LETICIA TEREZA DORNELAS DE MELO, MARCOS LEANDRO PEREIRA, RAISSA MOURA TOMICH, WILLIAM OLIVEIRA NINA ROCHA

HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE S. SEBASTIÃO DO PARAÍSO, SÃO SEBASTIÃO DO PARAÍSO, MG, BRASIL

Introdução: A intoxicação hídrica pode ocorrer em procedimento de Ressecção Prostática Transuretral devido à absorção do fluido utilizado para a irrigação. O quadro clínico varia de leve a grave, podendo acarretar distúrbios hemodinâmicos, hiponatremia intensa, edema cerebral, coma e óbito. **Relato de caso:** Paciente CDO, 64 anos, masculino, negro, solteiro, brasileiro, proveniente da Zona Rural, ordenhador, etilista 4000 ml por semana de bebida destilada, tabagista 49 anos-maço de cigarro de palha, relata hiperplasia prostática benigna, nega demais comorbidades. Admitido em sala de cirurgia em bom estado geral, orientado e colaborativo, optado por realizar sedação associada a anestesia raquidiana, em que o paciente apresentou resposta anestésica satisfatória. Em intraoperatório paciente manteve-se estável, normotenso, com frequência cardíaca entre 48-63, sem queixas ou complicações. Durante a ressecção endoscópica foram utilizados 34 l de líquido de irrigação de Sorbitol e Manitol, sendo cada 1 l constituído por 27 mg de Sorbitol e 5,4 mg de Manitol, uma ampola de Furosemida 10 mg/ml e administrado 1 g de Ácido Tranexâmico, além de medicações sintomáticas e antibiótico. O procedimento endoscópico teve duração de 1 hora e 55 minutos em que foi retirada 71 g de próstata. No pós-operatório imediato, paciente evoluiu com torpor, queda da saturação, bradicardia, hipotensão, hipoglicemia e convulsão, sendo realizada ventilação com bolsa-válvula-máscara autoinflável e administrado Diazepam em bolus com melhora do quadro convulsivo, cinco frascos de glicose 50%, 10 mg de Metaraminol, 1 g de Atropina e 3 ampolas de Furosemida de 10 mg/ml. Foi coletado em pós-operatório imediato amostra de sangue venoso para realização de exame laboratorial, o qual apresentou Sódio 125 mmol/l, Potássio 4,3 mmol/L, Cálcio Iônico 1,13 mmol/L. O paciente foi encaminhado estável para Unidade de Terapia Intensiva em ar ambiente. **Discussão:** A intoxicação hídrica é uma complicação grave que pode ocorrer em procedimentos de ressecção transuretral prostática e para ser evitada requer cuidados pré-operatórios e intraoperatórios, como o planejamento do tempo do procedimento, a quantidade de fluidos de irrigação, bem como controle clínico rigoroso e monitorização contínua do paciente. Portanto, o conhecimento prévio do paciente, juntamente ao planejamento do procedimento realizado de maneira mútua pelos profissionais envolvidos são imprescindíveis para realizar o procedimento de modo seguro e satisfatório.

Palavras-chave: Intoxicação, Ressecção Endoscópica de Próstata, Hiponatremia.

REFERÊNCIAS

1. Kim SM, Rangel FP. Anestesia para Cirurgias da Próstata. In: Cangiani LM, Carmona MJ, Ferez D, et al., editores. Tratado de Anestesiologia: SAESP. 9. ed. São Paulo: Editora dos Editores Eireli; 2021. p. 3289-3
2. Ishio J, Nakahira J, Sawai T, Inamoto T, Fujiwara A, Minami T. Change in serum sodium level predicts clinical manifestations of transurethral resection syndrome: a retrospective review. BMC Anesthesiol. 2015;15(1):52. <http://doi.org/10.1186/s12871-015-0030-z> PMID:25927332.

1127 ANESTESIA PARA RESSECÇÃO DE AMELOBLASTOMA EM CRIANÇA, ABORDAGEM DE VIA AÉREA DIFÍCIL: RELATO DE CASO

MARINA ANZOLIN, DÉBORA PRISCILA PEREIRA, GIORGIO PRETTO, LIZ RAQUEL GALEANO FERREIRA, RUBIA PELISSER

CET DO SAJ JOINVILLE DR. RENATO AC CASTRO - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL MUNICIPAL SÃO JOSÉ, JOINVILLE, SC, BRASIL

Introdução: Ameloblastoma consiste em um tumor odontogênico, geralmente benigno, porém com comportamento agressivo 1. Deformidades anatômicas visíveis e significativas de face ou cabeça e pescoço são frequentemente abordadas com mais segurança com intubação acordado 2. **Relato de caso:** sexo masculino, 11 anos, ASA I, 46 kg. Tomografia computadorizada com volumosa lesão expansiva em maxila direita com extensão para seio maxilar ipsilateral, cavidade nasal, palato duro, região malar e processos odontogênicos com medidas de 8 x 8 x 9,1 x 8,9 cm e volume estimado em 370 cm³. Ao exame apresentava massa protuberante em região maxilar e submandibular direita, com áreas de necrose e infiltração sanguínea. Abertura bucal de 1 cm, mobilidade atlanto-occipital reduzida e dificuldade respiratória. Disponibilizado em sala cirúrgica fibrobroncoscópio óptico flexível, videolaringoscópio, laringoscópio, dispositivos auxiliares (guedel, atomizador, bugie) e material para reanimação cardiorrespiratória. Paciente monitorizado com cardioscópio, pressão arterial não invasiva e oxímetro de pulso e com acesso periférico 22G. Infundiu-se Dexmedetomidina 1 µg/kg por 10 minutos e Cetamina 10 mg em bolus. Após nível de sedação adequada, realizada videolaringoscopia para anestesia tópica em pilares amigdalianos e base da língua com 10 ml de lidocaína 0,5% por atomizador. Garantida ansiólise, atenuação dos reflexos de vias aéreas e ventilação espontânea, intubação guiada por fibra óptica flexível, com tubo aramado n 6,5. Confirmada posição do tubo orotraqueal com ausculta e capnografia, seguida de indução de anestesia geral com agentes venosos, venóclise 18G e cateterização da artéria radial direita para monitorização contínua de pressão arterial. Equipe cirúrgica punccionou acesso venoso central em veia femoral direita e realizou traqueostomia com cânula n 5.4. Procedimento com duração de 9 horas, sem intercorrências. Paciente necessitou de baixas doses de Noradrenalina, 289 ml de concentrado de hemácias e 1500 ml de cristaloides, com diurese de 300 ml. Encaminhado para unidade de cuidados intensivos, com alta do setor no 10 dia pós-operatório. **Discussão:** Planejamento anestésico conforme a fisiopatologia da doença, preparo antecipado de fármacos e dispositivos de via aérea além da cooperação entre equipes são determinantes no sucesso anestésico de pacientes com via aérea difícil.

Palavras-chave: Ameloblastoma, Manejo de Vias Aéreas, Anestesia pediátrica

REFERÊNCIAS

1. Ghai S. Ameloblastoma: an updated narrative review of an enigmatic tumor. *Cureus*. 2022;14(8):e27734. <http://doi.org/10.7759/cureus.27734> PMID:36127985.
2. 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://doi.org/10.1213/ANE.0000000000004089> PMID:31094797.

1131 FALHA DE ANESTESIA SUBARACNÓIDEA EM PACIENTE COM HISTÓRICO DE MÚLTIPLAS PICADAS DE ESCORPIÃO: UM RELATO DE CASO

RENAN GUIMARÃES PEREIRA DE MELO, GUILHERME GOMES ROMANO, LEANDRO GOBBO BRAZ, PEDRO PAULO FOLTRAN

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

Fatores que levam a falhas em anestésias subaracnóideas (AS) são descritos na literatura médica e até características e antecedentes pessoais, como ser ruivo ou ter um histórico de picadas de escorpião, podem ser correlacionados com aumento da resistência aos anestésicos locais. Paciente masculino, 45 anos, rural, foi submetido a exploração cirúrgica de bolsa escrotal, em caráter de urgência, por autocastração em domicílio. Após realização de AS em duas tentativas e aguardados 20 minutos em cada uma delas, não houve nenhuma alteração sensitiva e motora na região de interesse cirúrgico. A anestesia foi então convertida para anestesia geral inalatória balanceada. Após término do procedimento cirúrgico de 40 minutos, sem intercorrências, o paciente acordou na sala cirúrgica com anestesia sensitiva completa ao nível T10 e bloqueio completo de membros inferiores. O paciente foi questionado sobre antecedentes médicos que poderiam justificar a demora no tempo de latência anestésica e relatou um histórico de múltiplas picadas de escorpião. Um estudo caso-controle indiano obteve resultados que demonstraram, com significância estatística, aumento do tempo de latência sensorial e motora e aumento no tempo de pico anestésico no grupo de paciente picados por escorpião. Além disso, 4 pacientes tiveram falhas sensoriais e 5 pacientes tiveram falhas motoras no grupo cujo histórico incluía picada de escorpião, enquanto, no outro grupo, todos tiveram bloqueio adequado intraoperatório. A antigenicidade do veneno do escorpião envolvendo os canais de sódio da célula neuronal, considerando a alta afinidade do veneno escorpiônico com esse categoria de proteína transmembrana, supostamente poderia alterar a eficiência do anestésico local em sua ligação com o canal de sódio. Portanto, qualquer modificação na conformação do canal de sódio poderia afetar a qualidade e a eficácia da anestesia. Por sua alta incidência na população brasileira, a picada de escorpião é um item relevante na anamnese pré-operatória. Para auxiliar no diagnóstico de casos similares, é possível implementar uma medida de baixo custo e esforço: o acréscimo de um item na ficha pré-anestésica sobre histórico de picadas de escorpião e se positivo, especificar há quanto tempo ocorreram. Tal medida possibilita ao anestesiológista atentar-se melhor quanto a possibilidade de falha em alguns casos e escolher de maneira mais criteriosa as drogas e técnica anestésicas a serem utilizadas.

Palavras-chave: Raquianestesia, Veneno Escorpiônico, Anestésico local

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://doi.org/10.4103/0019-5049.115593> PMID:23983280.
2. Praxedes H, Oliva AL FO. Falhas na anestesia subaracnoidea. *Rev Bras Anestesiologia.* 2010;60(1):94-7. [.. http://doi.org/10.1590/S0034-70942010000100011](http://doi.org/10.1590/S0034-70942010000100011).

1132 ANESTESIA EM PACIENTE COM DOENÇA DE FAHR: RELATO DE CASO

LUCAS LESSA NUNES, JOSÉ FERNANDO AMARAL MELETTI, LETICIA TIEMI SILVA INOE, RAFAEL CORREARD BARROS, TIAGO SILVA E SILVA

CET DISC.DE ANEST.FAC.MEDICINA JUNDIAÍ - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE JUNDIAÍ, JUNDIAÍ, SP, BRASIL

Introdução: A Doença de Fahr (DF) é uma doença neurológica e psiquiátrica rara (<1:1.000.000), idiopática, caracterizada pela presença de calcificações cerebrais bilaterais e em vasos sanguíneos. Os sintomas da DF incluem parkinsonismo, declínio cognitivo, acidente vascular cerebral, laringoespasmos, tonturas, miopatias, resposta anormal ao bloqueio neuromuscular (BNM), hipotensão, insuficiência cardíaca e arritmias. **Relato de caso:** Paciente masculino, 41 anos, 70 kg, com DF, agenesia de pulmão direito e dextrocardia submetido à cirurgia de correção de estrabismo, o sintoma está relacionado à DF era o de tremor involuntário das mãos. A monitorização anestésica foi feita com cardioscopia, oximetria de pulso, pressão arterial não invasiva e capnografia. Na avaliação da via aérea, paciente apresentava retrognatia. A indução anestésica foi feita com pré-oxigenação por 3 minutos sob máscara fechada com ventilação espontânea. Nesse processo, foi injetado fentanil (5 mcg/kg), lidocaína (1 mg/kg), propofol (3 mg/kg) e rocurônio (0,7 mg/kg) e realizada laringoscopia direta com intubação orotraqueal com auxílio de fio Bougie. O paciente foi mantido sob ventilação mecânica controlada por volume, 16 inspirações por minuto, volume corrente 6 ml/kg, pressão de inspiração 21 cm H₂O. Aplicado 200 mg de sugamadex por indisponibilidade da monitorização do BNM. O paciente foi extubado isento de intercorrências, instabilidade hemodinâmica e complicações da DF, tanto durante a anestesia quanto no pós-operatório.

Discussão: A DF pode apresentar desafios ao anestesista, principalmente quando combinada a agenesia pulmonar e dextrocardia. Nenhuma relação entre DF e dextrocardia ou agenesia pulmonar foi encontrada na literatura. A hipocalcemia na DF pode causar miopatias, disfunção ventricular, arritmias e interferir no grau de BNM durante a anestesia. Mesmo com uma combinação incomum de condições raras, a realização da anestesia geral com monitorização e cuidados habituais trouxe segurança e conforto ao paciente.

Palavras-chave: Doença de Fahr, Anestesia.

REFERÊNCIAS

1. Gupta B, Gupta L. Anesthetic considerations in a case of Fahr and primrose syndrome. Res Pract Anesthesiol Open J. 2018;3(1):1-6. <http://doi.org/10.17140/RPAOJ-3-116>.

1136 ANESTESIA EM PACIENTE COM SÍNDROME DE ROTHMUND-THOMSON: RELATO DE CASO.

ANA LUISA LOPES CALLOU VERAS, ALYNE MARIA DE ANGELIS, THANARA DE MELO ABE

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DO NORTE DO PARANÁ, LONDRINA, PR, BRASIL

Introdução: A síndrome Rothmund–Thomson é uma doença rara, com prevalência desconhecida, caracterizada por atrofia de pele, edema e bolhas na face, anormalidades dentárias, anomalias esqueléticas, baixa estatura, envelhecimento prematuro e alterações oculares. Os pacientes com essa síndrome apresentam grande probabilidade de complicações anestésicas, sobretudo em relação ao manejo das vias aéreas. O objetivo deste relato é apresentar as dificuldades e a conduta anestésica em uma paciente de 41 anos, portadora dessa síndrome, submetida à cirurgia para drenagem de abscesso em MID devido à artrite séptica em contexto de urgência. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, portadora da síndrome de Rothmund-Thomson (cariótipo 46, XX), possuía como comorbidades associadas: hipogonadismo hipogonadotrófico, osteoporose, fraturas patológicas em MSD + MID, amaurose bilateral, HAS, DM, além disso era tabagista e etilista. Tinha 41 anos, 26 kg e 90 cm. Em decorrência das múltiplas deformidades osteomusculares, foi submetida a anestesia com bloqueio periférico mais sedação leve para drenagem de abscesso no joelho direito em procedimento de urgência. A sedação foi feita com dexmedetomidina 20 mcg, ketamina 20 mg e morfina 0,5 mg. A analgesia regional foi realizada através do bloqueio do nervo femoral e nervo cutâneo lateral da coxa à direita guiados por USG, sendo realizado 30 mg de Novabupi 0.5% com vaso e 100 mg de Lidocaína 2% com vaso. Além disso, também foi aplicada profilaxia para náusea e vômito com ondansetrona. Durante o procedimento, a paciente não apresentou intercorrências anestésicas. O bloqueio permitiu que ela tivesse alívio imediato da dor e no pós-operatório, além de maior estabilidade cardiorrespiratória. Ademais, permaneceu em estado de tranquilidade e calma induzida pela medicação, respondendo a comando verbal. **Discussão:** É preciso salientar as dificuldades anatômicas, os vários preditores de via aérea difícil, como também o fato de o procedimento ter ocorrido sem tempo hábil para investigação cardiovascular. Diante disso e frente a essa síndrome rara e suas complexidades, é preciso que, além do controle analgésico, uma avaliação cuidadosa seja realizada para escolha do melhor método anestésico a fim de que, durante a anestesia, a ventilação espontânea seja mantida, bem como a estabilidade hemodinâmica. Ao seguir esse protocolo, possibilitou-se que o procedimento ocorresse sem intercorrências, mesmo em situações de urgências como a descrita.

Palavras-chave: Bloqueio de Nervo Femoral, Bloqueios Periféricos, Síndrome de Rothmund-Thomson.

REFERÊNCIAS

1. Alves AB, Kakitani DH, Rebelato AMS. Síndrome Rothmund-Thomson: relato de caso. Braz J Surg Clin. 2020 [citado em 2023 Jan 5]; 31(4):71-3. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20210210_090236.pdf

1138 CARBONARCOSE EM ANESTESIA GERAL EM PROSTATECTOMIA RADICAL: RELATO DE CASO

ALINE VIEIRA GUIMARAES, MARCOS LEANDRO PEREIRA, PEDRO HENRIQUE MACHADO DE CASTRO, RAISSA MOURA TOMICH, WILLIAM OLIVEIRA NINA ROCHA

HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE S. SEBASTIÃO DO PARAÍSO, SÃO SEBASTIÃO DO PARAÍSO, MG, BRASIL

Introdução: Os eventos respiratórios adversos em anestésias gerais são fatores que alteram a morbimortalidade dos pacientes que podem apresentar quadros clínicos variáveis, sendo manifestados desde formas leves a graves. **Relato de caso:** Paciente JFO, 73 anos, masculino, branco, brasileiro, etilista de bebida fermentada e destilada há 58 anos, tabagista 58 anos-maço, com neoplasia prostática, nega demais comorbidades, nega uso de medicamentos contínuos e alergia medicamentosa ou alimentar, relata jejum de 8 horas de líquidos e alimentos sólidos. Admitido em sala de cirurgia para realização de Prostatectomia Radical com frequência cardíaca 75 a 90 bpm, normotenso, com saturação dentro dos limites de normalidade, optado por realizar primeiramente anestesia peridural com técnica asséptica, sendo utilizada agulha de Touhy 17G, com punção mediana, única, com técnica de Dougliotti. O paciente apresentou resposta satisfatória, sem intercorrências. Posteriormente, foi realizada anestesia geral combinada com IOT sem complicações. O procedimento cirúrgico ocorreu sem complicações com EtCO₂ entre 35-43. Após o término da cirurgia, paciente evoluiu com dificuldade de extubação, sendo necessário uso de CPAP e Ventilação com Pressão Positiva, o qual evoluiu com má resposta, mantendo pupilas mióticas bilateralmente sem foto-reação. Dessa forma, foi optado por reintubação. Devido ao quadro, foi solicitado Gasometria Arterial e Tomografia Computadorizada de Crânio. Na Gasometria Arterial foi avaliada acidose respiratória, com pH 7,01, pCO₂ 85,00 mmHg, pO₂ 172,00, HCO₃ 21,40, BE -10,1, Sat O₂ 99%. Já a Tomografia Computadorizada descartou eventos isquêmicos ou hemorrágicos. Assim, o paciente foi encaminhado estável a Unidade de Terapia Intensiva, bem adaptado em VM. **Discussão:** A hipercapnia aguda pode gerar graves consequências nos pacientes, como depressão do nível de consciência, aumento do fluxo sanguíneo cerebral, aumento da pressão intracraniana, redução da contratilidade miocárdica e diafragmática, bem como coma, parada cardíaca ou respiratória, e óbito. Pacientes com doenças pulmonares, assim como bronquite, DPOC, enfisema pulmonar ou tabagistas são mais propensos a reterem CO₂ em anestésias gerais e evoluírem com carbonarchose e acidose respiratória. Portanto, é necessário o conhecimento prévio da história patológica pregressa e dos hábitos do paciente para o planejamento e a execução de procedimentos seguros, como também considerar as possíveis complicações e suas resoluções.

Palavras-chave: Anestesia Geral, Prostatectomia, Intoxicação.

REFERÊNCIAS

1. Quishpe Pila L, Aguilar CP. Consideraciones anestésicas en hipercapnia intraoperatoria, a propósito de un caso. Rev Chil Anest. 2019;48(5):475-9. <http://doi.org/10.25237/revchilanestv48n05.14>.
2. Martins FANC, Slullitel A, Martins CR, et al. Monitorização da Função Respiratória. In: Cangiani LM, Carmona MJ, Ferez D, et al., editores. Tratado de Anestesiologia: SAESP. 9. ed. São Paulo: Editora dos Editores Eireli; 2021.

1144 DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DO MODELO EX-CARE BR: UMA INICIATIVA MULTICÊNTRICA PARA IDENTIFICAÇÃO DE PACIENTES CIRÚRGICOS BRASILEIROS EM RISCO DE MORTALIDADE HOSPITALAR EM 30 DIAS

JOANA ROGOWSKI SOUZA DOS SANTOS, ADRIENE STAHLSCHMIDT, LUCIANA PAULA CADORE STEFANI, SÁVIO CAVALCANTE PASSOS

CET S.ANEST.E MED.PERIOP.DO HCPA – SAMPE - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

Introdução: A estratificação de risco cirúrgico é crucial para aprimorar a assistência perioperatória e alocar recursos de maneira eficiente. No entanto, os modelos existentes podem não contemplar a complexidade do cuidado cirúrgico no Brasil. **Objetivo:** Desenvolver um modelo de estratificação do risco de óbito intra-hospitalar em até 30 dias, utilizando dados de pacientes operados em hospitais brasileiros. **Métodos:** Estudo de coorte retrospectivo conduzido em 10 instituições de saúde de diferentes regiões do Brasil. Os dados foram analisados utilizando modelos de regressão logística multinível. O desempenho do modelo foi avaliado usando a área sob a curva característica de operação do receptor (AUROC), escore Brier e gráficos de calibração. **Resultados:** Foram incluídos 107.372 pacientes. A taxa de mortalidade em 30 dias foi de 2,1% (n = 2.261). Coortes de derivação (n = 75.094) e validação (n = 32.278) foram alocadas aleatoriamente. O modelo de risco final, denominado Ex-Care BR, foi composto por quatro preditores relacionados ao paciente e à cirurgia (classificação de *status* físico ASA, idade, urgência cirúrgica e porte da cirurgia), e pelo efeito aleatório relacionado aos hospitais. O Ex-Care BR demonstrou excelentes discriminações (AUROC = 0,93, IC 95% 0,93-0,94), calibração e desempenho geral (escore Brier = 0,017) na coorte de derivação. Resultados semelhantes foram observados na coorte de validação (AUROC = 0,93, IC 95% 0,92-0,93). **Conclusão:** O Ex-Care BR é o primeiro modelo a considerar peculiaridades regionais e organizacionais do cenário cirúrgico brasileiro, além de aspectos do paciente e do procedimento. Ele é especialmente útil para identificar pacientes cirúrgicos de alto risco em situações que demandam a alocação eficiente de recursos limitados. Contudo, uma exploração minuciosa das variações de mortalidade entre os hospitais é essencial para uma compreensão abrangente.

Palavras-chave: Mortalidade Hospitalar, Procedimentos Cirúrgicos, Avaliação de Risco.

REFERÊNCIAS

1. Passos SC, Stahlschmidt A, Blanco J, et al. Derivation and validation of a national multicenter mortality risk stratification model - the ExCare model: a study protocol. *Braz J Anesthesiol.* 2022;72(3):316-21. <http://doi.org/10.1016/j.bjane.2021.07.003> PMID:34324938.
2. Stahlschmidt A, Passos SC, Cardoso GR, et al. Enhanced peri-operative care to improve outcomes for high-risk surgical patients in Brazil: a single-center before-and-after cohort study. *Anaesthesia.* 2022;77(4):416-27. <http://doi.org/10.1111/anae.15671> PMID:35167136.

1145 MANEJO ANESTÉSICO NA RUPTURA INTRA-OPERATÓRIA DE ANEURISMA INTRACRANIANO

JANIO CARLOS OLIVEIRA SANTOS, ROBERTA FIGUEIREDO VIEIRA

HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL

Introdução: A ruptura intraoperatória de um aneurisma intracraniano pode acontecer entre 3,2 e 50% dos pacientes, sendo a complicação mais comum durante esse tipo de cirurgia. Apresentam um risco inerente de complicações neurológicas e o desfecho clínico pode ser influenciado pelo manejo anestésico do caso.¹

Relato do caso: Paciente feminina, 44 anos, com histórico de cefaleia de forte intensidade com piora da dor recente. A tomografia evidenciou um aneurisma na bifurcação da artéria cerebral média, indicando então craniotomia para clipagem do aneurisma. Após a indução anestésica, monitores hemodinâmicos invasivos foram inseridos e o plano anestésico foi mantido com propofol e remifentanil contínuos. Os cuidados neuroprotetores almejam a adequada manutenção da pressão transmural e da pressão de perfusão cerebral foram aplicados. O cérebro estava relaxado e com condição cirúrgica adequada, mas durante a dissecação do leito aneurismático ocorreu ruptura do vaso, sendo utilizados cliques definitivos e temporários, de no máximo 2 minutos, com controle da hemorragia, após perda sanguínea estimada em 700 ml. A paciente foi extubada ao final do procedimento, sem evidenciar anormalidades no exame neurológico e encaminhada à Unidade de Terapia Intensiva. **Discussão:** O momento da ruptura do aneurisma influencia no desfecho clínico, sendo pior quando ocorre na indução anestésica. Outros momentos com alto risco de ruptura são a abertura da dura-máter, drenagem do hematoma e dissecação do aneurisma. O anestesiológico deve estar atento para o aumento súbito e sustentado da pressão arterial em qualquer momento da cirurgia, que é sugestivo de ruptura. As medidas anestésicas de neuroproteção como manutenção da pressão de perfusão cerebral, da ventilação e oxigenação, com controle dos níveis de CO₂, elevação do decúbito (cerca de 30°) devem ser prontamente empregadas.² A adoção de medidas neuroprotetoras desde o início do procedimento cirúrgico associada ao diagnóstico precoce dessa complicação são imprescindíveis para o desfecho pós-operatório favorável.

Palavras-chave: Anestesiologia, Neuroproteção, Aneurisma.

REFERÊNCIAS

1. Texakalidis P, Sweid A, Mouchtouris N, et al. Aneurysm formation, growth, and rupture: the biology and physics of cerebral aneurysms. *World Neurosurg.* 2019;130:277-84. <http://doi.org/10.1016/j.wneu.2019.07.093> PMID:31323409.
2. Sharma D. Perioperative management of aneurysmal subarachnoid hemorrhage. *Anesthesiology.* 2020;133(6):1283-305. <http://doi.org/10.1097/ALN.0000000000003558> PMID:32986813.

1146 INTOXICAÇÃO HÍDRICA DURANTE HISTEROSCOPIA: RELATO DE CASO

JESSICA MEDEIROS, LIGIA BORELA PERFEITO POTENZA, LUÍS FERNANDO RIBEIRO DOS SANTOS, NATALIA NUNES SANTOS, PAULA BORELA PERFEITO ABUD

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO, UBERABA, MG, BRASIL

Justificativa e Objetivos: Intoxicação hídrica propicia distúrbios hidroeletrólíticos ocasionando toxicidade sistêmica, pode ocorrer durante ressecção prostática transuretral e cirurgia histeroscópica, sendo, em geral, causados pelo volume de líquido e pela duração do procedimento. **Introdução:** Sobrecarga líquida, intoxicação hídrica, distúrbios eletrólíticos e toxicidade sistêmica podem estar presentes após a absorção de quantidades em excesso de solução hipotônica de irrigação durante procedimentos endoscópicos. Tal síndrome é bem identificada durante procedimentos de ressecção prostática transuretral, mas também pode ocorrer durante procedimentos histeroscópicos. **Relato do caso:** Apresenta-se um caso incomum de intoxicação hídrica em uma paciente feminina de 60 anos, submetida à histeroscopia realizada devido ao espessamento endometrial, com exérese de pólipos submucosos, que evoluiu para intoxicação hídrica grave. O procedimento transcorria sem intercorrências, sem episódios de hipotensão arterial ou alteração na frequência cardíaca e foi administrado de 1000 ml via endovenosa de solução cristalóide durante todo o procedimento. Após 50 minutos do início, a paciente apresentou hipertensão arterial e taquicardia (pressão arterial sistólica de 170 mmHg, pressão arterial diastólica de 100 mmHg e frequência cardíaca de 112 bpm), associado a episódio de agitação psicomotora seguido de rebaixamento do nível de consciência e dispneia (saturação O₂ 68%), foi avaliado presença de estertores crepitantes até o ápice pulmonar bilateralmente, associado a frêmitos em regiões superiores do tórax e saída de líquido de coloração rósea pelas cavidades nasal e oral. O quadro clínico súbito levantou a suspeita de absorção excessiva de solução levando a uma possível intoxicação hídrica. Ao final do procedimento, foi relatado pela equipe de ginecologia e obstetrícia que houve um pequeno sangramento intraoperatório e devido à dificuldade técnica do procedimento foi necessário a utilização de 14.000 ml de solução isotônica para irrigação durante o procedimento, o que validou o diagnóstico de intoxicação hídrica. **Conclusões:** A intoxicação hídrica pode ser resultado de sobrecarga volêmica, sendo importante o controle cuidadoso das soluções utilizadas, monitorização clínica, técnica anestésica, diagnóstico e tratamento precoce.

Palavras-chave: Intoxicação Hídrica, Histeroscopia, Sobrecarga Líquida, Distúrbios Hidroeletrólíticos.

REFERÊNCIAS

1. Hospital Universitário Alcides Carneiro. Protocolo Histeroscopia Diagnóstica e Cirúrgica. Campina Grande: Hospital Universitário Alcides Carneiro; 2021 [citado 2023 em Jan 5]. Disponível em <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/huac-ufcg/acao-a-informacao/boletim-de-servico/pops/2>.

1149 MANEJO ANESTÉSICO DE PACIENTE COM ALERGIA AO LÁTEX SUBMETIDO A TRANSPLANTE HEPÁTICO – RELATO DE CASO

LEILA NASCIMENTO DA ROCHA, FELIPE CAMPOS DE SOUZA, LARISSA NOGUEIRA CHIGNOLI, ROBERTA FIGUEIREDO VIEIRA

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

Introdução: Pacientes alérgicos a látex são um desafio para anestesiológicos. O ambiente cirúrgico apresenta elevado risco de exposição, apesar de haver alternativas livres de látex para a maioria dos utensílios. Para produtos com uso restrito a situações de alta complexidade, como cateter de artéria pulmonar, ainda há dificuldade de encontrar versões "Latex Free". A prevenção e o tratamento da alergia ao látex em pacientes submetidos a transplante hepático não estão bem estabelecidos e o desenvolvimento de uma reação anafilática pode inviabilizar a execução do transplante. Relatamos o caso de um transplante hepático bem-sucedido em um paciente com história de alergia a látex. **Relato:** Paciente feminina, 55 anos, em acompanhamento ambulatorial por cirrose biliar secundária (CHILD C11 / MELD-Na 23), listada para transplante hepático por colangite de repetição. A paciente apresenta antecedente de alergia a diversas frutas e a látex, com história de sibilância e angioedema após realização de cateterismo diagnóstico em 2016, com confirmação de alergia a látex. Confirmado fígado viável de doador cadáver em outubro de 2023, a paciente foi admitida no hospital. Preparada sala cirúrgica Látex Free, com checagem de materiais e conscientização da equipe. A intubação orotraqueal ocorreu após indução anestésica com fentanil 150 mcg, midazolam 5mg, propofol 150 mg e succinilcolina 60 mg; manutenção anestésica com sevoflurano, fentanil intermitente e cisatracúrio em bomba de infusão. Posteriormente, foi realizada punção arterial e de acesso venoso central guiadas por ultrassom e com materiais livres de látex, além de sondagem vesical livre de látex. O cateter de artéria pulmonar disponível era composto por látex e não foi usado. No intraoperatório, a paciente apresentou distúrbio de coagulação corrigido e necessitou de drogas vasoativas em doses baixas. Por fim, foi encaminhada à Unidade de Terapia Intensiva intubada, recebendo noradrenalina e vasopressina em dose baixa, sem demais intercorrências anestésicas. **Discussão:** O látex é importante causa de anafilaxia perioperatória, e, no contexto de transplante de órgãos, representa maior risco devido à sobreposição do estresse cardiovascular agudo inerente à anafilaxia ao estresse provocado pelo transplante, como ocorre na reperfusão do enxerto. A garantia de um ambiente livre de látex é a medida mais eficaz para evitar esse evento. Dessa forma, a conscientização da equipe cirúrgica nesse contexto e a disposição de materiais livres de látex para esses pacientes é fundamental.

Palavras-chave: Transplante hepático, Alergia a látex, Anestesia em Transplante Hepático.

REFERÊNCIAS

1. Pitlick MM, Volcheck GW. Perioperative anaphylaxis. *Immunol Allergy Clin North Am.* 2022;42(1):145-59. <http://doi.org/10.1016/j.iacl.2021.09.002> PMID:34823744.
2. Hepner DL. Latex-free pulmonary artery catheters. *Anesth Analg.* 2003;97(3):925. <http://doi.org/10.1213/01.ANE.0000077163.24188.E1> PMID:12933443.
3. Garvey LH, Mertes PM. Perioperative anaphylaxis-management and outcomes in NAP6. *Br J Anaesth.* 2018;121(1):120-3. <http://doi.org/10.1016/j.bja.2018.05.010> PMID:29935563.

1155 MANEJO ANESTÉSICO DE UMA PACIENTE JOVEM COM SÍNDROME DE GORHAM STOUT: RELATO DE CASO

JADE CEDRAZ ALELUIA, FLÁVIA MOREIRA SOARES, GABRIEL DO MONTE MACEDO, GUILHERME QUEIROZ SILVA, LARISSA HAUSNER DE MORAIS GUIMARÃES

CET DA ASSOC. OBRAS SOCIAIS IRMÃ DULCE - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL SANTO ANTÔNIO, SALVADOR, BA, BRASIL

A síndrome de Gorham-Stout é rara, de etiologia não esclarecida, e consiste na proliferação de tecido linfático e vascular com destruição da matriz óssea. Tal condição apresenta evolução insidiosa, com sua fase aguda manifestando-se por dor, edema e deformidades progressivas; ocasionalmente abre o quadro com fraturas patológicas, complicações respiratórias e neurológicas. Seu diagnóstico é de exclusão auxiliado por exames de imagem e biópsia óssea, sendo mais comum o reconhecimento em crianças e adultos jovens, embora não possua predileção por sexo, idade ou raça. Devido às deformidades craniofaciais, os pacientes apresentam múltiplos preditores de via aérea difícil. Descrevemos o caso de uma paciente de 13 anos, 40 kg, com diagnóstico presumido de síndrome de Gorham-Stout, acompanhada por equipe de cirurgia bucomaxilofacial por deformidade em face e episódios recorrentes de edema em mandíbula. A paciente realizou cirurgia de reconstrução óssea e enxertia em 2019, com recorrência do quadro, sendo proposto osteoplastia de mandíbula com aplicação de polimetilmetacrilato, apresentando assimetria de região mandibular, abertura bucal limitada (2 dedos), mallampati 4 e retrognatismo. Nesse sentido, foi realizada intubação nasal com fibroscopia sob sedação, com administração de atropina 0,5 mg, midazolam 1 mg, fentanil 25 mcg, dexmedetomidina 40 mcg e cetamina 40 mg. Após intubação, realizada indução anestésica com propofol 100 mg e rocurônio 25mg. O procedimento durou 3 horas, sem intercorrências e a paciente foi encaminhada ao RPA em ventilação espontânea, permanecendo por 1 hora, e posteriormente à enfermaria, com alta hospitalar no dia seguinte. A degeneração pode acometer qualquer osso, sendo mais comum no crânio, e cinturas escapular e pélvica. Devido ao acometimento frequente da coluna vertebral, predispondo a fraturas e subluxações, requer um plano anestésico individualizado, ressaltando os cuidados com o posicionamento e manejo da via aérea. A paciente apresentava acometimento do osso mandibular, com fatores de risco para ventilação dificultada pela máscara facial e de difícil intubação. Por isto, foi realizada a intubação por fibroscopia com anestesia tópica da via aérea e sedação, priorizando manutenção do drive ventilatório e mínima manipulação da coluna cervical e, em sala, a máscara laríngea para resgate foi disponibilizada. Devido ao risco de reintubação e ventilação mecânica prolongada já descritas na literatura, a extubação também foi planejada, realizada com a paciente acordada e obedecendo a comandos.

Palavras-chave: Gorham.

REFERÊNCIAS

1. Sahoo RK, Jagannathan B, Palanichamy G, Natarajan V. Anaesthetic consideration in patients with Gorham's syndrome: a case report and review of the literature. *Indian J Anaesth.* 2012;56(4):391-3. <http://doi.org/10.4103/0019-5049.100831> PMID:23087464.
2. Huang SY, Lee YM, Tzeng ST, et al. Gorham syndrome with postoperative respiratory failure and requiring prolonged mechanical ventilation. *Respir Care.* 2013;58(11):e144-8. <http://doi.org/10.4187/respcare.02355> PMID:23550170.

1156 ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO DO EFEITO DA ANESTESIA ENDOVENOSA TOTAL VERSUS GERAL BALANCEADA NA AVALIAÇÃO DA DOR EM PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA BARIÁTRICA

MARCO TULIO JOSE DE OLIVEIRA FIGUEIREDO, ANDRE LUIZ BRAGA DAS DORES, DANIEL FERREIRA GUNDIM, GIULLIANO GARDENGHI, LUCIANA HAHMANN ABREU

CET CLÍNICA DE ANESTESIA DE GOIÂNIA, GOIÂNIA, GO, BRASIL

Introdução: O planejamento anestésico para a cirurgia bariátrica deve considerar a avaliação multissistêmica do paciente com o objetivo de que haja pouco ou nenhum impacto no pós-operatório. Identificar, graduar e mapear a dor são essenciais para a condução do bem-estar desses pacientes, ressaltando a relevância em se escolher a técnica anestésica adequada. **Objetivo:** Avaliar a dor em pacientes submetidos à anestesia geral balanceada (AGB) e anestesia venosa total (AVT) para a cirurgia bariátrica do tipo *bypass* por videolaparoscopia, no centro de recuperação pós-anestésica (SRPA) e no 1º dia de pós-operatório (1º DPO) na enfermaria. **Método:** Ensaio clínico randomizado duplo cego para avaliar a dor no pós-operatório conforme técnica anestésica, AGB ou AVT, em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica do tipo *bypass*. A avaliação da dor baseou-se na escala visual analógica na SRPA e na enfermaria. **Resultados:** Foram randomizados 144 pacientes com auxílio de tabela gerada por profissional estatístico. Divididos em 2 grupos, sendo que em um foi aplicado AGB (n = 72) e no outro, EVT (n = 72). Os pacientes foram conduzidos pela mesma equipe de cirurgia e anestesiologia, ambos os grupos apresentaram características físicas e clínicas semelhantes. Na SRPA, o grupo da AVT apresentou 49 pacientes (69,1%) que não se queixaram de dor, comparados aos 50 (69,4%) da AGB (p = 0,65); dor intensa (EVA maior que 4) foi apontada em 15 (20,8%) pacientes na AVT e 12 (16,7%) na AGB. Na enfermaria, no 1º DPO, o relato de dor diminuiu em ambos os grupos, tendo-se 10 pacientes (13,9%) no grupo de AVT e 16 (22,2%) no de AGB (p = 0,64). Não houve registro de vômitos e apenas 1 paciente do grupo de AVT apresentou queixa de náusea. **Conclusão:** Não houve diferença significativa na percepção de dor em pacientes submetidos à AVT ou AGB para cirurgia bariátrica.

Palavras-chave: Anestesia, Cirurgia Bariátrica, Dor Pós-Operatória.

REFERÊNCIAS

1. Adams JP, Murphy PG. Obesidade em anestesia e terapia intensiva. Br J Anaesth. 2000;85:91-108. <http://doi.org/10.1093/bja/85.1.91> PMID:10927998.
2. Ogunnaike BO, Jones SB, Jones DB, et al. Considerações anestésicas para cirurgia bariátrica. Anesth Analg. 2002;95:1793-805. <http://doi.org/10.1097/0000539-200212000-00061> PMID:12456461.

1159 BLOQUEIO DE NERVO CIÁTICO VIA POPLÍTEA EM PACIENTE PORTADOR DE MIOSITE OSSIFICANTE: RELATO DE CASO

THAYSSA COSTA TEIXEIRA, BEATRIZ SOPHIA DE QUEIROZ ROBERT FONSECA, FABRÍCIO AZEVEDO CARDOSO, LÚCIA HELENA DE SOUZA SOARES, VINICIUS MONTEZ VIANNA

CET HOSPITAL MUNICIPAL SOUZA AGUIAR - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL MUNICIPAL SOUZA AGUIAR, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

Introdução: Miosite ossificante, também conhecida como fibrodysplasia ossificante progressiva, é uma doença genética rara com mutações heterozigóticas no gene ACVR1. Esta patologia causa ossificação progressiva em músculos, tendões e ligamentos, gerando dor e anquiloses articulares. O objetivo deste relato de caso é destacar o bloqueio de nervo periférico como um recurso em pacientes com anatomia adversa, visando contribuir para um procedimento anestésico mais seguro em pessoas com a mesma condição clínica ou similares. **Relato de caso:** Paciente masculino, 40 anos, submetido a desbridamento em região plantar e dorsolateral do pé esquerdo devido a úlceras infectadas. Relato de 3 tentativas frustradas de raqui-anestesia lombar em outro serviço, impossibilitando o procedimento proposto. Ao exame físico: abertura de boca inferior a 2 cm, imobilidade da coluna vertebral, posição fixa de quadris e joelhos, flexionados em cerca de 90 graus. Realizado bloqueio do nervo ciático guiado por ultrassom, via poplítea, com paciente em decúbito lateral direito e administrada ropivacaína 50 mg e lidocaína 100 mg em 20 ml de solução, com agulha 22G de Quincke. A sedação foi feita em doses fracionadas, totalizando 80 mcg de fentanil e 5 mg de midazolam por via endovenosa. Os sinais vitais permaneceram estáveis durante toda a cirurgia. No pós-operatório, o enfermo negou dor em sala operatória, necessitando de analgesia simples apenas após cerca de 10 horas do desbridamento. **Discussão:** A prevalência mundial desse agravo é de 0,6 a 1,36 casos por milhão de pessoas. A ossificação heterotópica pode ser esporádica ou por traumas, como cirurgias e injeções, entretanto, intervenções eventualmente se tornam imperativas. Anestesia neuroaxial é contraindicada devido ao risco de ossificação com possibilidade de compressão medular. Conforme demonstrado nesse caso, o bloqueio periférico de nervo isquiático se apresenta como uma alternativa para cirurgias de perna e pé de pacientes com comorbidades e/ou preditores de via aérea difícil, promovendo analgesia satisfatória com segurança. Apesar do trauma relacionado ao agulhamento poder desencadear ossificação e o escaneamento ultrassonográfico ser dificultado por edema local, sarcopenia e anquilose articular, os danos aos tecidos circunjacentes ao bloqueio foram minimizados pelo uso do ultrassom e pela realização por anestesista experiente. O paciente não relatou nenhum desconforto na região poplítea após 2 semanas do ato anestésico.

Palavras-chave: Miosite Ossificante Progressiva, Bloqueio de Nervo Ciático, Via Aérea Difícil.

REFERÊNCIAS

1. Botman E, Treurniet S, Lubbers WD, et al. When limb surgery has become the only life-saving therapy in FOP: a case report and systematic review of the literature. *Front Endocrinol.* 2020;11:570. <http://doi.org/10.3389/fendo.2020.00570> PMID:32973683.
2. Ordóñez-Labastida V, Cardenas-Conejo A, Huicochea-Montiel J, et al. Diagnóstico clínico, radiológico y molecular de fibrodysplasia osificante progresiva. *Bol Méd Hosp Infant México.* 2021;78(3):234-8. <http://doi.org/10.24875/BMHIM.20000119>.

1162 SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ PÓS ABDOMINOPLASTIA SOB PERIDURAL

ANA CAROLINA OLIVEIRA COSTA, ANA CLAUDIA OLIVEIRA COSTA, VICTTOR CASTRO SAMPAIO FILHO
UNIFACS, SALVADOR, BA, BRASIL

Introdução: A Síndrome de Guillain-Barré é uma doença autoimune que afeta o sistema nervoso, caracterizada pela desmielinização da bainha de mielina, responsável pela transmissão dos impulsos nervosos, e pela perda dos reflexos tendinosos. Procedimentos sob anestesia regional do neuroeixo, como peridural, podem cursar com complicações neurológicas agudas. Nesse sentido, é de suma importância afastar também causas anestésicas quando o paciente apresenta sintomas neurológicos em pós-operatório. **Relato de caso:** Paciente sexo feminino, 47 anos, ASA I admitida para realização de Lipoabdominoplastia 360° no dia 21 de novembro de 2023. Realizada monitorização multiparamétrica, sedada com 5 mg de Midazolam e 100 mcg de fentanil, colocada em DLE. Realizada antisepsia, punção peridural com agulha 18 G Tuohy no espaço T12-L1 pela técnica de Dogliotti, aplicada uma dose teste com 2 ml de Lidocaína 2% com vasoconstrictor, passado cateter peridural 18G, injetados 8 ml de Lidocaína 2% com vasoconstrictor seguidos de 20 ml de Bupivacaína 0,5% com vasoconstrictor e 2 mg de morfina. A sedação foi mantida com infusão contínua de Propofol durante as 5 horas de procedimento, sem qualquer intercorrência. Apresentando evolução no 18º dia com lombalgia e irradiação para membros inferiores, associado a parestesia. A paciente entrou em contato com o cirurgião e o anestesiológico por acreditar ser alguma complicação do procedimento. No exame físico neurológico constatou-se paraparesia grau 4 e parestesia dos dermatômos L4-L5 bilateral. Nesse sentido, a paciente foi orientada a realizar RNM da coluna que não apresentou sinais de compressão neural e estudo do liquor, que apresentou celularidade normal e elevação de proteínas. Assim, configura o diagnóstico da Síndrome de Guillain-Barré, cujo tratamento consiste em imunoglobulina intravenosa (IVIG), apresentando boa resposta clínica. **Discussão:** A peridural é um procedimento seguro e eficaz, porém não está isenta de complicações neurológicas, principalmente relacionada à técnica. No caso apresentado, os sintomas apareceram após 18 dias, o que contrapõe uma causa anestésica, uma vez que tais consequências anestésicas costumam aparecer no pós-cirúrgico imediato, além da análise da RNM associado aos exames laboratoriais e do liquor. Todavia, é de suma importância a realização de uma investigação rigorosa da etiologia.

Palavras-chave: Abdominoplastia, Anestesia Peridural, Doença Autoimune.

REFERÊNCIAS

1. Mirian Martele EA. Seqüelas neurológicas de anestésias peridurais - relato de 4 casos. Rev Bras Anest. 1981 [citado em 2024 Jan 21];31:245-50. Disponível em <https://bjan-sba.org/article/5f9c9dcf8e6f1a40018b46d2/pdf/rba-31-3-245.pdf>.

1166 DIAGNÓSTICO DE FEOCROMOCITOMA APÓS SUSPENSÃO DE CIRURGIA ELETIVA: RELATO DE CASO

MARIA FERNANDA DE MIRANDA MARCELINO, DAYANE DA SILVA KEGLER NEVES, LETÍCIA JORDÃO ALMEIDA CARDOSO, MYLENA VALADARES SILVA, SIMELLE BOAVENTURA DE ARAUJO NICOLINI

HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS, BRASÍLIA, DF, BRASIL

Introdução: A avaliação de pacientes com hipertensão arterial (HAS) sem causa aparente antes do procedimento anestésico requer investigação, pois pode estar presente em doenças raras como o feocromocitoma, que consiste em um tumor raro, secretor de catecolaminas, cuja incidência é de 0,005% na população geral. Normalmente é descoberto acidentalmente em exames de tomografia ou ressonância de abdome. Este relato trata-se de um caso de feocromocitoma descoberto após suspensão de cirurgia eletiva. **Relato de caso:** Paciente 61 anos, com dislipidemia, resistência à insulina, artrose de quadril e transtorno de ansiedade. Admitida para realização de vídeo-histeroscopia cirúrgica eletiva por espessamento endometrial, apresentando valor de pressão arterial de 204/103 mmHg. Nega HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica), tem relato de aumento esporádico da pressão arterial sem investigação. Realizada pré-medicação com 2 mg de midazolam, redução da pressão arterial para 170/98 mmHg após 20 minutos. Optada pela suspensão da cirurgia devido ao episódio hipertensivo refratário e internada na UTI para controle pressórico; os exames mostraram: Adrenalina plasmática > 1000; Noradrenalina plasmática > 2000; Aldosterona 8,7; Renina 62,8; Epinefrina urinária 663,6; Noradrenalina urinária 245,6; Tomografia de abdome sem contraste: lesão expansiva sólida, lobulada, com realce heterogêneo de contraste e densificação de gordura adjacente, situada no corpo da adrenal esquerda. Diagnosticado com HAS secundária, de etiologia adrenal: o feocromocitoma. Submetido à adrenalectomia videolaparoscópica unilateral, monitorização contínua através de pressão arterial invasiva, com picos hipertensivos no intraoperatório, sendo utilizado nitroprussiato de sódio em bomba de infusão contínua conforme a necessidade. **Discussão:** A HAS é uma doença prevalente, cerca de 90% dos casos é diagnosticado como uma condição primária. A doença representa um fator de risco para doenças coronarianas, insuficiência renal, aterosclerose, doenças cerebrovasculares e demência. Na anestesia, sua repercussão não é bem estabelecida e requer uma avaliação pré-operatória para observar possíveis lesões em órgãos alvo e causas de hipertensão secundária como o feocromocitoma. A anestesia para pacientes com feocromocitoma requer manutenção volêmica e controle dos níveis pressóricos adequados (muitas vezes necessitando de drogas vasoativas). As principais complicações associadas à anestesia são HAS grave, arritmias, hipoglicemia e hipotensão pós-operatória. O manejo adequado perioperatório reduz a mortalidade.

Palavras-chave: Feocromocitoma.

REFERÊNCIAS

1. Lorentz MN, Santos AX. Hipertensão arterial sistêmica e anestesia – artigo de revisão. Rev Bras Anesthesiol. 2005;55(5):586-94. <http://doi.org/10.1590/S0034-70942005000500014> PMID:19468650.
2. Rafael YHS, Ayd JVC, Cunha MLF, et al. Anestesia em Feocromocitoma, acompanhamento préoperatório e manejo hemodinâmico: relato de caso. Braz J Health Rev. 2022;5(1):3303-6. <http://doi.org/10.34119/bjhrv5n1-289>.

1170 OPTHALMOLOGICAL BLOCK USING DUAL ANTIPLATELET THERAPY.

THIAGO CANSANCAO DE LUCENA ALVES, FLAVIA LOPES DELGADO, PAULA GARGIULO CAGGIANO,
PEDRO HENRIQUE SANTIAGO DE OLIVEIRA

HOSPITAL JAPONÊS SANTA CRUZ, SÃO PAULO, SP, BRASIL

Introduction: This is a case report of a 68-year-old man with several comorbidities, ASA IV, waiting for heart transplant surgery, requiring surgical treatment for retinal detachment and undergoing dual antiplatelet therapy. **Case Report:** Diabetic man with prior history of several myocardial infarctions, the last in August 2023, using CDI and numerous drugs for diabetes and congestive heart failure (Ejection Fraction = 16%), as well a double antiaggregation with AAS and Prasugrel. He also presented a history of low visual acuity in the left eye with a diagnosis of retinal detachment requiring urgent surgical treatment. After discussions with the surgical team, we decided to request a cardiac evaluation for maximum clinical compensation, an ICU bed and spoke with the patient about the preference for undertaking the procedure with little sedation and ophthalmological block. The block was performed under sedation with 2ml propofol, 1mg of diazepam and 10mcg of fentanyl. A periconal block was performed transdermally with a 25mm needle, inferolateral of the left orbita and injection of the solution ropivacaine 0.75% and hialosima 200 UTR/ml, without complications. The procedure lasted 2.5 hours and sedation was maintained with Diazepam and fentanyl, with a total of 5 mg and 50 mcg being administered, respectively. The patient reported no discomfort, nor was hypotension or hypoxia observed. He was referred to ICU as recommended by the cardiologist for clinical care and monitoring of myocardial necrosis markers, being discharged the next day. **Discussion:** This case presents a risk benefit assessment, for performing a less invasive anesthetic procedure with an ophthalmological block technique with lower risk of orbital hematoma. In comparison to the risks of applying a general anesthetic for a patient with a severe clinical condition and the risk of blockage bleeding, the risks stemming from orbital hematoma, as reported by in the literature, were much lower.

Key words: Sedation, Antiplatelet therapy , Ophthalmological block

REFERENCES:

1. Idrees S, Sridhar J, Kuriyan AE. Perioperative management of antiplatelet therapy in ophthalmic surgery. *Int Ophthalmol Clin.* 2020;60(3):17-30. <http://doi.org/10.1097/IIO.0000000000000317>.

1182 AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DO CURSO DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA MINISTRADO A ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO EM INSTITUIÇÕES PÚBLICAS E PRIVADAS EM ARACAJU/SE.

THIAGO MORAIS DA COSTA, FABRICIO DIAS ANTUNES, FELIPE BATISTA SANTOS, ISADORA GONCALVES DA ROCHA, JULIO CEZAR DE OLIVEIRA FILHO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE, SÃO CRISTÓVÃO, SE, BRASIL

Introdução: A parada cardiorrespiratória (PCR) é considerada uma urgência médica, com a taxa de sobrevivência de vítimas de PCR fora do ambiente hospitalar em torno de 10%. A pronta identificação da situação e a aplicação rápida e eficaz de intervenções iniciais podem impactar o desfecho clínico do paciente. **Objetivo:** Avaliar a eficácia do curso de Suporte Básico de Vida ministrado a estudantes do ensino médio em instituições públicas e privadas em Aracaju/SE. **Método:** A pesquisa envolveu 343 alunos de cinco escolas selecionadas aleatoriamente, com fases distintas: um questionário de expectativas, o curso teórico-prático e um questionário de avaliação e satisfação. **Resultados:** A expectativa de conhecimento suficiente sobre ressuscitação cardiopulmonar (RCP) aumentou de 39,4% para 70%, indicando uma melhoria percebida pós-curso. Antes do curso, 10,9% se sentiam confortáveis com procedimentos de PCR, enquanto 60% discordavam. Após a aula prática, 91% concordaram, demonstrando um aumento significativo na confiança. A maioria (95%) esperava ampliar o conhecimento sobre RCP no curso. A expectativa de facilidade nas manobras de reanimação era alta (88%), e 87% acreditavam que poderiam aprender satisfatoriamente o conteúdo do curso. Após a aula prática, 91% concordaram ser fácil realizar as manobras, e 92% concordaram com a facilidade teórica e prática. Antes do curso, 89% consideravam fundamental a simulação com manequim; após o curso, 98% concordaram. Antes do curso, 82% achavam que os recursos e atividades seriam suficientes; após o curso, 95% concordaram. Antes do curso, 94% esperavam suporte dos tutores e 95% esperavam acessibilidade dos professores, expectativas atendidas após o curso. A motivação pré-curso (78%) permaneceu alta pós-curso (77%). A percepção de conhecimento suficiente aumentou de 39,4% para 70%. A confiança em realizar manobras aumentou de 10,9% para 91%. A importância da simulação com manequim cresceu de 89% para 98%. O curso recebeu avaliações muito positivas em todas as categorias, indicando alto nível de satisfação. A maioria dos participantes recomendaria o curso para amigos ou familiares e a maioria concorda que deveria ser obrigatório em todas as escolas. **Conclusão:** A população demonstra interesse em participar de programas educacionais em locais adequados como escolas, independentemente de sua posição socioeconômica. Essas iniciativas têm se mostrado eficazes na elevação do conhecimento em saúde na sociedade.

Palavras-chave: Educação, Ressuscitação Cardiopulmonar, Anestesia.

REFERÊNCIAS

1. Ribeiro LG, Germano R, Menezes PL, Schmidt A, Pazin-Filho A. Medical students teaching cardiopulmonary resuscitation to middle school Brazilian students. *Arq Bras Cardiol.* 2013;101(4):328-35. <http://doi.org/10.5935/abc.20130165> PMID:23949324.
2. Connolly M, Toner P, Connolly D, McCluskey DR. The 'ABC for life' programme - teaching basic life support in schools. *Resuscitation.* 2007;72(2):270-9. <http://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2006.06.031> PMID:17134814.

1183 ANESTESIA GERAL EM PACIENTE PORTADOR DE EPIDERMÓLISE BOLHOSA

FREDERICO NEVES OLIVEIRA, ELISA RODRIGUES FONSECA, FREDERICO BIRCHALL BICUDO, INACIO NEVES OLIVEIRA

UNIFESO, TERESÓPOLIS, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

Introdução: A epidermólise bolhosa (EB) é uma doença genética que afeta pele e mucosas, levando à fragilidade cutânea, bolhas e feridas dolorosas. É uma patologia rara, incidência de 1:20.000/50.000 nascidos vivos. Na maioria dos casos é hereditária autossômica recessiva, afetando a produção de proteínas ligantes, resultando em um acometimento precoce e grave das mucosas anais, esofagianas, orais e faríngeas. O tratamento é sintomático, não há cura, visando melhorar a qualidade de vida. Os portadores apresentam risco de complicações durante a anestesia, já que são mais suscetíveis a infecções, broncoaspirações e complicações perioperatórias. Dessa forma, é fundamental que o anestesiológico tenha conhecimento sobre a EB para adequado manuseio das lesões em cavidade oral, além de medidas multidisciplinares. **Relato de caso:** Paciente, masculino, 18 anos, deu entrada no serviço do Hospital das Clínicas de Teresópolis Constantino Ottaviano/RJ, em maio de 2023, pelo serviço de bucomaxilofacial, para exodontia múltipla, por incapacidade de higienização oral, devido a sangramentos rotineiros. Na visita pré-anestésica, foi detectada uma via aérea difícil, por conta de retrognatismo, microstomia, Mallampati 3 e fragilidade da mucosa oral. Após elevação de dorso procedeu-se então com anestesia geral balanceada, intubação nasotraqueal, sonda 6.5 mm com balonete, em seqüência rápida e IOT com videolaringoscópio. O posicionamento foi realizado sem coxins e os cateteres utilizados de menor calibre possível. A extubação foi feita com paciente em plano anestésico, TOF > 90%, sem uso de dispositivo supraglótico e a manipulação local foi mínima para evitar o agravamento das lesões orofaríngeas. Encaminhado à RPA onde compressas banhadas com solução de adrenalina 1:200000 foram colocadas sobre as lesões para melhora do sangramento na região. Considerações Finais: O manejo das vias aéreas na EB constitui um desafio. Apesar dos riscos, a anestesia geral pode ser eleita a técnica de escolha para a realização de procedimentos cirúrgicos. Uma abordagem individualizada, minimizando o agravamento das lesões e antecipando possíveis complicações, mostrou-se fundamental para um desfecho favorável. Medidas tais como a redução na utilização de cânulas e agulhas, menor uso de fitas adesivas na fixação, lençóis e roupas macias para evitar atrito, associados à monitorização da temperatura corporal, podem reduzir as complicações do paciente com EB.

Palavras-chave: Epidermolise, Anestesia Geral.

REFERÊNCIAS

1. Martin K, Geuens S, Asche JK, et al. Psychosocial recommendations for the care of children and adults with epidermolysis bullosa and their family: evidence based guidelines. *Orphanet J Rare Dis.* 2019;14(1):133. <http://doi.org/10.1186/s13023-019-1086-5> PMID:31186066.
2. Lemos GC, Fernandes ITG, Vidal PR. Atuação multidisciplinar no tratamento da epidermólise bolhosa. *RIS.* 2021;8(Único):818-29. <http://doi.org/10.35621/23587490.v8.n1.p818-829>.

1189 ANAFILAXIA PERIOPERATÓRIA: RELATO DE CASO

LUIS EDUARDO MOREIRA DE CARVALHO, AMANDA LAINA SANTOS PORTO, LUAN PINHO FARIAS, PLÍNIO DA CUNHA LEAL, REINALDO MOREIRA LEITE DA SILVA FILHO

CET DO ANESTLIFE – HOSPITAL SÃO DOMINGOS - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL SÃO DOMINGOS, SÃO LUÍS, MA, BRASIL

Introdução: A anafilaxia perioperatória é uma reação de hipersensibilidade potencialmente fatal. Esse processo apresenta uma incidência de 1:5000 a 10000 procedimentos, com a taxa de mortalidade de menos de 0.001% e em sua grande maioria durante a realização da indução anestésica. Entre os grandes agentes causadores da anafilaxia perioperatória temos os antibióticos, os bloqueadores neuromusculares e a clorexidina. **Relato de caso:** Masculino, 39 anos, 80 kg e 1,83 m, ASA I. Submetido a septoplastia sob anestesia geral com 350 mcg de fentanil, 150 mg de propofol, 60 mg de lidocaína e 8 mg de cisatracúrio, seguida de intubação orotraqueal com tubo aramado 7,5, sem intercorrências. Após indução anestésica, administradas 2 g de cefazolina, quando o paciente apresentou hipotensão 70 x 30 mmHg, rash cutâneo e SPO_2 de 82%. Realizadas 3 doses de 5 mcg de adrenalina, 1g de hidrocortisona e 50 mg de difenidrin, com estabilização do quadro. O procedimento foi suspenso. Posteriormente, o paciente despertou e foi extubado na sala de cirurgia sem intercorrências. Após alta com melhora do quadro, encaminhado a alergologista e realizado teste intradérmico que demonstraram. Reação significativa para rocurônio além da cefazolina e betalactâmicos, em geral. Após 10 meses o paciente retorna para o mesmo procedimento. Realizada antibioticoprofilaxia com 600 mg de clindamicina associada a 1 g de ceftriaxone. Indução anestésica realizada com 350 mcg de fentanil, 150 mg de propofol, 60 mg de lidocaína e 8 mg de cisatracúrio. Cirurgia com duração de 70 minutos, paciente extubado em sala sem intercorrências. **Discussão:** Alguns relatos de caso já abordaram o tema da anafilaxia após uso da cefazolina e em sua grande maioria os principais sintomas relatados foram a hipotensão arterial associada ao rash cutâneo e dificuldade respiratória que se iniciam em grande parte por volta de 5 a 10 minutos após administração. No paciente já anestesiado, como nesse caso descrito, a visualização de placas associada a hipotensão e taquicardia repentina falam a favor de um choque anafilático. As bases fundamentais do tratamento incluem a administração precoce de adrenalina, a manutenção da permeabilidade das vias aéreas e da oxigenação.

Palavras-chave: Anafilaxia, Cefazolina.

REFERÊNCIAS

1. Mertes PM, Volcheck GW, Garvey LH, et al. Epidemiology of perioperative anaphylaxis. *Presse Med.* 2016;45(9):758-67. <http://doi.org/10.1016/j.lpm.2016.02.024> PMID:27181074.
2. Muraro A, Roberts G, Worm M, et al. Anaphylaxis: guidelines from the European Academy of Allergy and Clinical Immunology. *Allergy.* 2014;69(8):1026-45. <http://doi.org/10.1111/all.12437> PMID:24909803.

1190 ANESTESIA VENOSA TOTAL EM ESCLEROSE MÚLTIPLA: RELATO DE CASO

LUIS EDUARDO MOREIRA DE CARVALHO, ANTONIO IGOR DA COSTA BRITO, DENER ALVES CORDEIRO, LUAN PINHO FARIAS, WILDNEY LEITE LIMA

CET DO ANESTLIFE – HOSPITAL SÃO DOMINGOS - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL SÃO DOMINGOS, SÃO LUÍS, MA, BRASIL

Introdução: A esclerose múltipla (EM) é uma doença autoimune caracterizada pela desmielinização das fibras nervosas do sistema nervoso central. Pode cursar com sintomas sensoriais e/ou motores. A administração de anestesia em pacientes com EM é controversa, mas a preferência geral é pela anestesia geral. A anestesia venosa total é uma técnica que oferece estabilidade hemodinâmica, rápida recuperação e baixo consumo de drogas. Tem vantagens como despertar precoce, baixa reatividade das vias aéreas e menor incidência de complicações. **Relato de caso:** Paciente feminina, 49 anos, 70 kg, 1,68 m, ASA II por esclerose múltipla e sequela de hemiparesia esquerda, asma e dislipidemia. Admitida estável para histerectomia videolaparoscópica. Procedimento iniciado com profilaxia mecânica para tromboembolismo e monitorização. Indução anestésica com 35 mcg de dexmedetomidina, 3,5 mg de midazolam, 300 mcg de fentanil, 140 mg de propofol e 50 mg de rocurônio. Intubação orotraqueal bem-sucedida em primeira tentativa. Manutenção anestésica com propofol (alvo de 3 mcg/ml) e lidocaína (100 mg/h). Duração do procedimento de 170 minutos, com administração de adjuvantes ao final deste. Extubação sem intercorrências. Ofertada analgesia pós-operatória com bomba PCA de morfina, no entanto, a paciente apresentou boa recuperação, prescindindo da administração de analgesia de resgate após a cirurgia até a alta hospitalar, mais de 24 horas após o procedimento. **Discussão:** O estresse perioperatório é um fator de risco para exacerbações da EM. Evitar medidas iatrogênicas na anestesia é crucial, reservando bloqueadores neuromusculares quando necessário e evitando o uso de succinilcolina. O uso de anestésicos venosos ou inalatórios é geralmente seguro, mas a individualização é vital. A anestesia venosa total com bombas de infusão contínua, especialmente alvo-controladas, reduz efeitos colaterais, e pode ser considerada devido ao menor estresse, menor incidência de NVPO e alta hospitalar precoce.

Palavras-chave: Anestesia Venosa Total, Esclerose Múltipla.

REFERÊNCIAS

1. Nimmo AF, Absalom AR, Bagshaw O, et al. Guidelines for the safe practice of total intravenous anaesthesia (TIVA) joint guidelines from the association of anaesthetists and the society for intravenous anaesthesia. *Anaesthesia*. 2019;74(2):211-24. <http://doi.org/10.1111/anae.14428> PMID:30378102.

1191 AVALIAÇÃO DA DOR PÓS-OPERATÓRIA E DO CAMPO VISUAL UTILIZANDO BLOQUEIO NEUROMUSCULAR MODERADO E PROFUNDO EM PACIENTES SUBMETIDOS A BY-PASS GÁSTRICO EM Y DE ROUX POR VIA LAPAROSCÓPICA.

LUIS EDUARDO MOREIRA DE CARVALHO, AMANDA LAINA SANTOS PORTO, GABRIEL LIMA JUREMA, HIAGO PARREAO BRAGA, MARCELO NOGUEIRA DA CRUZ SILVA

CET DO ANESTLIFE – HOSPITAL SÃO DOMINGOS - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL SÃO DOMINGOS, SÃO LUÍS, MA, BRASIL

Introdução: Melhores condições cirúrgicas resultam na diminuição da dor. Estudos recentes mostram que o bloqueio neuromuscular (BNM) profundo melhora as condições cirúrgicas em videolaparoscopias comparado com o BNM moderado por aumento da complacência abdominal, resultando em diminuição da dor. **Objetivos:** Avaliar o efeito do bloqueio neuromuscular profundo sustentado por via venosa sobre a melhora no campo cirúrgico e na intensidade da dor após *by-pass* gástrico em Y de Roux via laparoscópica. **Métodos:** Estudo prospectivo, comparativo, randomizado e duplo-cego, realizado em um hospital em São Luís, MA. Pacientes de ambos os sexos, 18 a 65 anos, ASA 1 a 3 entre outubro de 2021 a julho de 2023. As variáveis foram idade, IMC, sexo, tempo de extubação, consumo de opioides, dor pós-operatória, campo visual. Designou-se 46 pacientes aleatoriamente pelo software Randomizer® em dois grupos: moderado (1) e profundo (2). Ambos os grupos receberam anestesia geral, tendo monitorização através do *Train of Four* (TOF). Dados analisados em SPSS® versão 20. Para comparar variáveis foram aplicados testes T de Student ou Mann-Whitney, conforme normalidade e o teste do Qui-quadrado entre grupos e variáveis categóricas. **Resultados:** A idade média foi 34,7 anos no G1 e 37,2 no G2. Relativo ao sexo: 15 pacientes femininos no G1 e 12 no G2, masculino, 11 no G1 e 12 no G2. IMC teve média de 42,2 kg/m² no G1 e 40,1 kg/m² no G2. O tempo de extubação no G1 teve média de 6min e no G2, de 8 min (p = 0,263). O tempo de 1ª solicitação de morfina foi 30 minutos em ambos os grupos (p = 0,613). Consumo de morfina em 24 horas no G1 foi de 15 mg e no G2 de 12 mg (p = 0,599). Avaliação da dor antes da primeira hora G1: 3 e G2: 5 (p = 0,759); 1h, G1: 8 e G2:7 (p=0,230); 2 horas G1:6 e G2: 5 (p = 0,487); 4 horas, G1: 4 e G2: 4 (p = 0,317); 6 horas, G1: 3 e G2: 3 (p = 0,276); 12 horas, G1: 2 e G2: 1 (p = 0,741); 24 horas, G1 e G2: 0 (p = 0,801). Campo visual, escala Likert 1 a 5, G1 e G2 5 (p = 0,206). **Conclusão:** O estudo não observou diferenças significativas na dor pós-operatória, como evidenciado através da 1ª solicitação de morfina, no consumo de morfina em 24 horas e na escala de dor ao longo de 24 horas. Não se observou diferença significativa em relação à qualidade do campo visual na percepção do cirurgião.

Palavras-chave: Dor, Bloqueio Neuromuscular, By-Pass Gástrico.

REFERÊNCIAS

1. Boon M, Martini CH, Aarts LPHJ, Bevers RFM, Dahan A. Effect of variations in depth of neuromuscular blockade on rating of surgical conditions by surgeon and anesthesiologist in patients undergoing laparoscopic renal or prostatic surgery (BLISS trial): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2013;14:63. <http://doi.org/10.1186/1745-6215-14-63> PMID:23452344.
2. Choi BM, Ki SH, Lee YH, et al. Effects of depth of neuromuscular block on postoperative pain during laparoscopic gastrectomy: A randomised controlled trial. *Eur J Anaesthesiol*. 2019;36(11):863-70. <http://doi.org/10.1097/EJA.0000000000001082> PMID:31503037.

1193 BLOQUEIO DE NERVOS PERIFÉRICOS EM MEMBRO INFERIOR NO PACIENTE VASCULOPATA: RELATO DE CASO

AMANDA LAINA SANTOS PORTO, GABRIEL LIMA JUREMA, GUILHERME BURGOS SOUSA, LUIS EDUARDO MOREIRA DE CARVALHO, PLÍNIO DA CUNHA LEAL

CET DO ANESTLIFE – HOSPITAL SÃO DOMINGOS - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL SÃO DOMINGOS, SÃO LUÍS, MA, BRASIL

Introdução: A doença arterial obstrutiva periférica e coronariopatia são patologias de elevada prevalência, que acrescentam importante morbimortalidade para seus portadores. Diante disso, dificuldades na técnica anestésica podem imputar no risco perioperatório. Dentre as possíveis abordagens, o bloqueio dos nervos ciático e femoral apresentam-se como alternativas ao bloqueio do neuroeixo ou à anestesia geral. **Relato de caso:** Masculino, 71 anos, 70 kg, proveniente da UTI, em uso de Dobutamina (10 mcg/kg/min), coronariopata (FE 28%), diabético, com quadro de Insuficiência Cardíaca (Classe Funcional III), Doença Arterial Obstrutiva Periférica, com ritmo cardíaco irregular, em uso de Amiodarona (5 ml/h – 600 mg), com necessidade de ser submetido a desbridamento cirúrgico por osteonecrose em calcâneo. Ademais, paciente taquípneico, com esforço respiratório sob cateter nasal de O₂ 2 l/min, apresentando resistência a Ventilação Não-Invasiva, e dor intensa em membro inferior esquerdo. Os familiares do paciente foram esclarecidos sobre o procedimento cirúrgico e anestésico e as possíveis complicações. Após aceitação do protocolo anestésico e monitorização, decidiu-se pelo bloqueio dos nervos periféricos femoral e ciático (abordagem posterior infraglútea), com uso de ultrassonografia, agulha Stimuplex 100 mm. Administrada Ropivacaína 0,75% (dose total 300 mg) e Lidocaína 2% sem vasoconstritor (dose total 50 mg). O procedimento ocorreu sem intercorrências, e sem instabilidade hemodinâmica. **Discussão:** A insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida leva à mortalidade, piora da qualidade de vida, e tem um impacto grande no sistema de saúde. Associado a isso, submeter um paciente com vasculopatia crônica e desconforto respiratório a anestesia geral ou bloqueio do neuroeixo envolveria maiores complicações, além de uma menor analgesia pós-operatória. Nessa vertente, muitos autores consideram o uso de bloqueio de nervos periféricos, como não é necessária a instrumentação da via aérea ou uso de agentes inalatórios ou bloqueadores neuromusculares, é uma boa opção para pacientes com baixa reserva coronariana e/ou afecções pulmonares. Diante disso, evidenciam-se as vantagens do bloqueio periférico e seus inúmeros benefícios aos pacientes.

Palavras-chave: Bloqueio de Nervo Periférico, Vasculopatia.

REFERÊNCIAS

1. Yazigi A, Madi-Gebara S, Haddad F, Hayeck G, Tabet G. Hayeck, Tabet G. Combined sciatic and femoral nerve blocks for infrainguinal arterial bypass surgery: a case series. J Cardiothorac Vasc Anesth. 2005;19(2):220-1. <http://doi.org/10.1053/j.jvca.2005.01.002> PMID:15868533.
2. Miller RD, Eriksson LI, Fleisher L, Wiener-Kronish JP, Young WL. Miller's Anesthesia. 7. ed. Churchill Livingstone: Londres; 2013.

1196 BLOQUEIO DO GÂNGLIO SIMPÁTICO TORÁCICO PARA TRATAMENTO DA DOR POR FRATURA DE COSTELAS CRONICAS PÓS-RADIOTERAPIA: RELATO DE CASO

AMANDA LAINA SANTOS PORTO, CYRO FRANKLIN CONCEIÇÃO VIEIRA, LUAN PINHO FARIAS, LUIS EDUARDO MOREIRA DE CARVALHO, MARCOS VINÍCIUS ARAÚJO BRITO

CET DO ANESTLIFE – HOSPITAL SÃO DOMINGOS - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL SÃO DOMINGOS, SÃO LUÍS, MA, BRASIL

Introdução: A radioterapia corporal estereotáxica é uma opção de tratamento para pacientes acometidos por câncer de pulmão inoperável e na prevenção de recidivas, corroborando de modo a propiciar o melhor controle oncológico e uma maior sobrevida para o paciente. Entretanto, também pode acarretar alguns malefícios relacionados ao fato de que sua toxicidade atinge não só tecidos tumorais, mas também tecidos saudáveis, causando consequências, como: fraturas de costelas induzidas pela radiação ionizante, o que pode causar quadros de dor intensa e de difícil controle. **Relato de caso:** Feminino, 83 anos, com história de carcinoma escamoso de pulmão pouco diferenciado e estadiado como cT3 cN0, submetida a Radiocirurgia Estereotáxica Corpórea (SBRT) com sete sessões de intensidade de 8 gray (Gy). Evoluiu com dor em hemitórax direito e PET-CT não constatou doença em atividade. Posteriormente, a equipe médica seguiu tratamento adjuvante com radioterapia e imunoterapia por 1 ano. Paciente evoluiu com sequelas da radioterapia, exibindo fratura de aspecto lateral do quinto ao sétimo arcos costais à direita, ao nível da linha axilar anterior, em topografia da área submetida à radioterapia, com edema e realce da medula óssea, sem nodulações. Após refratariedade do tratamento conservador, e dor infraescapular persistente, foi realizado bloqueio do gânglio simpático torácico em T2 com ropivacaína 0,2% - 10 ml e dexametasona 4 mg. O procedimento ocorreu sem intercorrências e, após 1 semana, foi constatada a consolidação das fraturas de duas costelas, restando ainda uma costela (sexta) para consolidar, além de expressiva melhora da dor crônica contínua em repouso, apresentando apenas dor em pontada de caráter episódico à mobilização brusca de costelas. **Discussão:** A dor crônica é uma fonte comum de sofrimento para pacientes gravemente doentes, especialmente para os idosos. Os tratamentos típicos de 1ª linha consistem sobretudo na terapia medicamentosa, incluindo os opioides, porém com grandes índices de falhas e efeitos colaterais. Alguns estudos demonstram a forte consideração de um bloqueio regional para pacientes com fratura traumática de costelas com quadro clínico deteriorado e falha no tratamento conservador da dor. Além de a analgesia regional ser considerada a forma mais eficaz de controle da dor nesses casos, deve ser considerada precocemente em pacientes de alto risco, evidenciando melhorias precoces aos pacientes, como no caso apresentado.

Palavras-chave: Gânglio Simpático Torácico, Bloqueio Regional.

REFERÊNCIAS

1. Stanton-Hicks M. Bloqueio simpático torácico: uma nova abordagem. *Técnicas em Anestesia Regional e Tratamento da Dor*. 2001;5(3):94-8.
2. Juan-Cruz C, Stam B, Belderbos J, Sonke JJ. Forneceu análise dose-efeito de fraturas de costelas induzidas por radiação após SBRT torácico. *Radiother Oncol*. 2021;162:18-25. <http://doi.org/10.1016/j.radonc.2021.06.028> PMID:34166718.

1198 VIA AÉREA DIFÍCIL PÓS-CIRURGIA E RADIOTERAPIA CERVICAL: RELATO DE CASO.

AMANDA LAINA SANTOS PORTO, CAIO MARCIO BARROS DE OLIVEIRA, DENER ALVES CORDEIRO,
GUILHERME BURGOS SOUSA, LUAN PINHO FARIAS

CET DO ANESTLIFE – HOSPITAL SÃO DOMINGOS - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL SÃO DOMINGOS, SÃO LUÍS, MA, BRASIL

Introdução: O controle de via aérea representa um desafio em várias especialidades médicas. Em anestesiologia, as intervenções costumam acarretar comprometimento da permeabilidade da via aérea. Os atributos essenciais do gerenciamento especializado das vias aéreas incluem conhecimento, bom senso e habilidades para uma variedade de técnicas e um plano para todas as possíveis complicações.

Relato de caso: JPSSL, masculino, branco, 64 anos, natural de São Luís. O paciente compareceu ao centro cirúrgico para abordagem eletiva de biópsia e exérese de tumor em base de língua. Antecedentes pessoais: em 2010, relato de cirurgia para exérese de lesão, remoção de músculo esternocleidomastoideo direito e radioterapia, histórico de carcinoma de base de língua, apresentando tumor fibroso, nodular e leucoplásico à direita. Avaliação de via aérea: mobilidade cervical diminuída, abertura bucal < 3 cm e mallampati IV. O paciente foi conduzido ao centro cirúrgico, jejum > 8 horas, ventilação espontânea em ar ambiente, Glasgow 14, PA 126 x 79 mmHg, FC 80 e SpO₂ 98%. Inicialmente sedado com 3 mg de midazolam e 50 mcg de fentanil, pré-oxigenado por 5 minutos em máscara de hudson 5 l/min. Foi feita uma primeira tentativa de intubação com utilização de fibroscópio via nasal e tubo aramado n° 6,0 sem sucesso, com sangramento que dificultou a fibroscopia. Optou-se, então, por intubação orotraqueal com uso de videolaringoscópio associado ao fibroscópio, com tubo aramado n° 6, ao confirmar a intubação, feito indução anestésica com 3 mcg/kg fentanil, 2 mg/kg propofol, 1 mg/kg rocurônio, e manutenção da anestesia utilizando sevoflurano. O procedimento cirúrgico ocorreu sem intercorrências, com duração de 30 minutos, após reversão com sugamadex, e paciente bem acordado, optou-se por extubação e encaminhamento para leito de UTI. **Discussão:** Fibroscópio associada ao videolaringoscópio mostrou-se uma técnica eficaz em casos de paciente com via aérea difícil pós-cirurgia e radioterapia cervical, facilitando a visualização mais clara e ampla da via aérea, permitindo uma intubação mais precisa, resultando em menor trauma, recuperação mais rápida e potencial redução de complicações respiratórias pós-operatórias.

Palavras-chave: Via Aérea Difícil, Radioterapia Cervical.

REFERÊNCIAS

1. Healy DW, Maties O, Hovord D, Kheterpal S. A systematic review of the role of videolaryngoscopy in successful orotracheal intubation. BMC Anesthesiol. 2012;12(1):32. <http://doi.org/10.1186/1471-2253-12-32> PMID:23241277.
2. Gaszyński T. A combination of KingVision video-laryngoscope and flexible fibroscope for awake intubation in patient with laryngeal tumor--case report and literature review. Anaesthesiol Intensive Ther. 2015;47(4):433-5. <http://doi.org/10.5603/AIT.a2015.0019> PMID:25830936.

1199 TAQUICARDIA E HIPERTENSÃO REFRAATÁRIAS NA TERCEIROVENTRICULOSTOMIA ENDOSCÓPICA: RELATO DE CASO

MANOEL GOMES SOARES NETO, ALESSANDRA VIANNA PASQUALETTE MARTINS, BRUNO VERLY DA SILVA, MATHEUS MONÇÃO DE ARAÚJO DECO, RAFAEL TABORDA CORRÊA OLIVEIRA

CET DR. RODRIGO GOMES FERREIRA - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL DO ANDARAÍ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

Introdução: Distúrbios hemodinâmicos em terceiro ventriculostomia endoscópica (TVE) podem ser resultado do aumento agudo da pressão intracraniana (PIC) devido à irrigação rápida e contínua. Normalmente são transitórios e revertidos por técnicas cirúrgicas. A clínica clássica do aumento da PIC é bradipneia, bradicardia e hipertensão arterial denominada de tríade de Cushing, contudo é importante atentar-se para apresentações atípicas. **Relato de caso:** Feminino, 77 anos, 58 kg, ASA 2, hipertensa, com diagnóstico de hidrocefalia normobárica. Admitida no centro cirúrgico para realização de TVE com pressão arterial (PA) de 174 x 91 mmHg, indução anestésica com fentanil 150 mcg, lidocaína 100 mg, propofol infusão contínua 2 mcg/kg/min, cisatracúrio 10 mg; manutenção anestésica venosa com remifentanil 0,1 mcg/kg/min e propofol. Após realização de TVE, a paciente evoluiu, no intraoperatório, com sangramento de pequena intensidade sendo iniciada irrigação subaracnóidea com cloreto de sódio 0,9% para hemostasia (total de 6 l), evoluindo imediatamente com pico hipertensivo (PA 216 x 118 mmHg) e taquicardia (139 bpm). Foi aumentado o fluxo do remifentanil para 0,4 mcg/kg/min, feito bolus de propofol 50 mg, dose adicional 2 mg de cisatracúrio, clonidina 45 mcg e posteriormente iniciado infusão de nitroglicerina com progressão exponencial de vazão até 50 mcg/min, porém persistindo com taquicardia e hipertensão refratárias. A paciente foi encaminhada ao leito de terapia intensiva em ventilação mecânica, onde foi substituída nitroglicerina por nitroprussiato e iniciada sedação com dexmedetomidina, mas mantendo instabilidade hemodinâmica. Realizada extubação cerca 24 horas após o procedimento e feita a substituição cautelosa para anti-hipertensivos orais. No sexto dia, a paciente recebeu alta hospitalar com controle do duplo-produto, tomografia de crânio de controle sem alterações e sem sequelas neurológicas. **Discussão:** Embora a TVE seja um procedimento minimamente invasivo, complicações graves podem ocorrer devido às manobras cirúrgicas envolvidas. A hipertensão intracraniana é uma complicação que tradicionalmente cursa com a tríade de Cushing, porém, também são descritos na literatura a taquicardia e hipertensão associados a uma hipertensão intracraniana súbita, como ocorre no caso de uma irrigação vigorosa realizada durante TVE. Portanto, o conhecimento acerca dessa manifestação atípica pode acelerar o diagnóstico e otimizar a terapêutica adequada, evitando desfechos desfavoráveis.

Palavras-chave: Ventriculostomia, Hipertensão Intracraniana, Tríade de Cushing.

REFERÊNCIAS

1. Kawsar KA, Haque MR, Chowdhury FH. Avoidance and management of perioperative complications of endoscopic third ventriculostomy: the Dhaka experience. *J Neurosurg.* 2015;123(6):1414-9. <http://doi.org/10.3171/2014.11.JNS14395> PMID:26024001.
2. van Aken J, Struys M, Verplancke T, de Baerdemaeker L, Caemaert J, Mortier E. Cardiovascular changes during endoscopic third ventriculostomy. *Minim Invasive Neurosurg.* 2003;46(4):198-201. <http://doi.org/10.1055/s-2003-42354> PMID:14506561.

1204 RELATO DE CASO: ANESTESIA GERAL COMBINADA COM BLOQUEIO PENG PARA ARTROPLASTIA DE QUADRIL EM PACIENTE HEMOFÍLICO A

HERALDO CARVALHO LOPES, CELSO SCHMALFUSS NOGUEIRA, FELIPE SOUZA THYRSO DE LARA, MARIANA CARVALHO ZANIN, RAFAEL AUGUSTO DO NASCIMENTO

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SANTOS, SANTOS, SP, BRASIL

Introdução: A analgesia para pacientes hemofílicos submetidos a cirurgias como a artroplastia de quadril permanece como um grande desafio para o anestesiológico. A realização de bloqueios regionais em pacientes hemofílicos é considerada uma contraindicação relativa. **Relato de caso:** Paciente homem, branco, com 64 kg e 170 cm de altura, apresentava como comorbidade prévia hemofilia A e alergia ao tramadol. Realizou artroplastia de quadril esquerdo devido à osteoartrose dessa articulação, sem antecedentes anestésicos pessoais e familiares. No perioperatório, utilizou os concentrados de Fator VIII, conforme interconsulta realizada com a equipe de hematologia. Após admissão na sala de cirurgia e monitorização inicial, não se observaram alterações nos sinais vitais, e a indução anestésica foi realizada com fentanil 300 mcg + propofol 140 mg + rocurônio 70 mg. Foi realizado o bloqueio PENG guiado por ultrassom em punção única com agulha stimuplex 21G de 100 mm, utilizando 18 ml de ropivacaína 0,5%, além do bloqueio do nervo cutâneo femoral lateral com 2 ml da mesma solução. Foram administrados ainda dipirona 2g, ceterolaco 60mg, dexametasona 10mg, ondansetrona 8 mg, cefuroxima 1,5g e ácido tranexâmico 1g. O intraoperatório teve duração de 190 minutos, sendo necessário o uso de remifentanil em TCI calculada pelo modelo de MINTO para ajuste analgésico, atingindo concentrações máximas de 2 ng/dL. Administrou-se 2500 ml de ringer lactato, aferiu-se 500 ml de diurese e houve perda estimada de 800 ml de sangue. Finalizado o procedimento, o paciente teve um despertar anestésico tranquilo e foi encaminhado para a SRPA, onde necessitou de resgate anestésico com 6 mg de morfina devido à dor com pontuação 8 em 10. Obteve alta para enfermaria em 1 hora, atingindo 10 pontos na escala de Aldrete e Kroulik. Nas primeiras 48 horas de pós-operatório (PO), a analgesia foi mantida com dipirona 1g a cada 6 horas e ceterolaco 30 mg a cada 6 horas, sem necessidade de novos resgates com opioides. O paciente recebeu alta hospitalar no terceiro dia de PO. **Discussão:** A realização de bloqueios periféricos profundos em pacientes com coagulopatias deve ser realizada com bastante cautela devido ao risco de lesão de estruturas vasculares e formação de hematomas. O uso de técnicas com visualização ultrassonográfica permite a realização dessa técnica com mais segurança, abrindo a possibilidade de analgesia mais eficiente para pacientes que se submetem a cirurgias de alto potencial alérgico.

Palavras-chave: Hemofilia A, Artroplastia de Quadril, Bloqueio PENG.

REFERÊNCIAS

1. Ashken T, West S. Regional anaesthesia in patients at risk of bleeding. BJA Educ. 2021;21(3):84-94. <http://doi.org/10.1016/j.bjae.2020.11.004> PMID:33664977.
2. Fonseca NM, Pontes JPJ, Perez MV, Alves RR, Fonseca GG. SBA 2020: atualização na diretriz da anestesia regional em uso de anticoagulantes. Rev Bras Anestesiol. 2020;70(4):364-87. <http://doi.org/10.1016/j.bjan.2020.02.006>.

1207 DOENÇA DE FORESTIER E OS DESAFIOS NO MANEJO DE VIA AÉREA

ANA CAROLINA TASCA CHAGURI, JÉSSICA CARVALHO BENATTI, MARCOS DE SIMONE MELO, MARIA EDUARDA MORI TAIAR, VANESSA HENRIQUES CARVALHO

CET DEPTO. ANESTESIOLOGIA DA FCM/UNICAMP - HOSPITAL SEDE: COMPLEXO HOSPITALAR DA UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL

A Síndrome de Forestier ou hiperostose idiopática difusa é caracterizada pelo crescimento anormal de ossos e tecidos moles nas articulações e ligamentos da coluna vertebral. A ossificação frágil causa facilmente fraturas, risco de lesão medular na movimentação cervical, disfagia, obstrução de via aérea e edema. A via aérea comprometida apresenta restrições acerca da mobilidade da epiglote, do movimento das pregas vocais, da elevação e anteriorização da laringe, do fechamento glótico incompleto, neuropatia do nervo laríngeo recorrente, obstrução mecânica ao transporte do bolo alimentar e inflamação esofágica secundária aos osteófitos. Relato do caso: Paciente de 70 anos, com proposta de retirada de osteofitose cervical anterior (C3-C6), descompressão de fossa posterior e fixação C1-C2. Indicação cirúrgica: refratariedade ao tratamento conservador e comprometimento de via aérea (cianose após engasgos e tosse). Após monitorização standard e equipamentos de manejo de via aérea difícil organizados em sala, optou-se pela intubação nasotraqueal acordada, por meio de fibroscopia, com sucesso. Foi extubada em sala operatória e encaminhada à UTI. No pós-operatório (PO) a paciente apresentou episódio de convulsão que culminou com parada cardiorrespiratória (PCR) por hipóxia sendo solicitada a equipe anestésica para ajudar na reanimação e garantir de uma via aérea definitiva. Inicialmente, foi realizado um resgate com máscara laríngea (ML) e, na sequência, laringoscopia direta e intubação traqueal (IT) com auxílio do bougie. No terceiro PO, em tentativa de extubação na UTI, a paciente evoluiu com obstrução de via aérea esquerda do nível de consciência, sendo submetida a várias tentativas de IT e ML, sem sucesso. A equipe anestésica foi novamente convocada, realizando IT sob videolaringoscopia e bougie, com sucesso. A paciente foi mantida em UTI até a realização de traqueostomia pela equipe cirúrgica, sem intercorrências. **Discussão:** A escolha e sistematização da técnica anestésica para abordagem da via aérea é crucial para o bom desfecho. A utilização da fibroscopia para a IT acordada de maneira eletiva correspondeu ao sucesso do manejo anestésico. Porém, abordagens da via aérea de emergência por outras equipes com condução não sistematizada e falha de reintubação reforçam a necessidade de estratégias adequadas diante da possibilidade de dificuldade de ventilação e reintubação, além do treinamento adequado em habilidades técnicas e não-técnicas para desfechos positivos.

Palavras-chave: Doença de Forestier, Via aérea difícil, Hiperostose Idiopática Difusa.

REFERÊNCIAS

1. Pulcherio JOB, Velasco CMMO, Machado RS, Souza WN, Menezes DR. Forestier's disease and its implications in otolaryngology: literature review. Rev Bras Otorrinolaringol. 2014;80(2):161-6. <http://doi.org/10.5935/1808-8694.20140033> PMID:24830976.
2. Marks B, Schober E, Swoboda H. Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis causing obstructing laryngeal edema. Eur Arch Otorhinolaryngol. 1998;255(5):256-8. <http://doi.org/10.1007/s004050050053> PMID:9638468.
3. Ozkalkanli MY, Katircioglu K, Ozkalkanli DT, Savaci S. Airway management of a patient with Forestier's disease. J Anesth. 2006;20(4):304-6. <http://doi.org/10.1007/s00540-006-0418-5> PMID:17072696.

1214 ANAFILAXIA ASSOCIADA À ABORDAGEM DE VIA AÉREA DIFÍCIL EM SITUAÇÃO NÃO INTUBO NÃO VENTILO: UM RELATO DE CASO

PEDRO HENRIQUE NUNES DANTAS, LUIS FERNANDO RODRIGUES MARIA, MARCIO TADEU ALVES, RODRIGO LIRA LUCENA, YURI MARK DOS SANTOS RIBEIRO

CENTRO DE ENSINO E TREINAMENTO FACULDADES INTEGRADAS PADRE ALBINO, HOSPITAL SEDE: HOSPITAL ESCOLA PADRE ALBINO, CATANDUVA, SP, BRASIL

Introdução: Via aérea difícil é um dos quadros com maior índice de complicações permanentes em anestesiologia. Quando esta se associa a uma anafilaxia, o cenário se mostra uma ameaça à vida do paciente, que precisa ser imediatamente identificada e manejada. **Relato do caso:** Mulher, 45 anos, classificação P2 na escala da Sociedade Americana de Anestesiologia, portadora de ansiedade controlada com clonazepam, escitalopram e valproato de sódio, além de tabagismo e Mallampati 4. Sem história prévia de alergias. Foi admitida em centro cirúrgico para realização eletiva de septoplastia + turbinectomia. Ainda em sala de pré-anestesia, foram realizados cefazolina 2g e ácido tranexâmico 1 g intravenosos. Levada para a sala cirúrgica, onde foi monitorizada. Iniciada pré-oxigenação com máscara facial, quando foi percebido discreto rash eritematoso malar, sendo realizadas hidrocortisona 100 mg e difenidramina 50 mg. A paciente não apresentou alteração dos sinais vitais e, ausculta pulmonar sem ruídos adventícios. Procede-se à indução anestésica com lidocaína 70 mg, remifentanil em bomba de infusão contínua na dose de 0,3 mcg/kg/min, propofol 100 mg e rocuroônio 45 mg. Realizada uma tentativa de intubação orotraqueal com laringoscópio comum, com insucesso devido a uma classificação laringoscópica de Cormack-Lehane 3b. Procede-se a outra tentativa de intubação, com videolaringoscópio, com visualização parcial de cordas vocais, evidenciando um laringoespasma. Simultaneamente, ainda sem via aérea garantida, a paciente apresentou sinais de anafilaxia: dessaturação, bradicardia, hipotensão arterial e sibilos expiratórios. Iniciado tratamento imediato com adrenalina 30 mcg, atropina 0,5 mg e 5 puffs de salbutamol, além de reversão do bloqueio neuromuscular com sugamadex 400 mg. Após cerca de 1 minuto em apneia, a paciente conseguiu ser ventilada com pressão positiva até a completa reversão do bloqueio neuromuscular e retorno à respiração espontânea com ausculta pulmonar limpa. A cirurgia foi suspensa, e a paciente encaminhada à Unidade de Terapia Intensiva hemodinamicamente estável e saturando 100% em ar ambiente. **Discussão:** Os antibióticos mais associados à anafilaxia intraoperatória são os betalactâmicos, sendo a cefazolina o mais comum. Ademais, ao se considerar também que as dificuldades de intubação são a causa mais comum de morte anestésica hipóxica e danos cerebrais, é preciso que o anestesiologista esteja apto a manejar ambas as complicações de maneira eficaz.

Palavras-chave: Manuseio das vias aéreas, Cefazolina, Anafilaxia.

REFERÊNCIAS

1. Volcheck GW, Hepner DL. Identification and management of perioperative anaphylaxis. J Allergy Clin Immunol Pract. 2019;7(7):2134-42. <http://doi.org/10.1016/j.jaip.2019.05.033> PMID:31154032.
2. Green L. Can't intubate, can't ventilate! A survey of knowledge and skills in a large teaching hospital. Eur J Anaesthesiol. 2009;26(6):480-3. <http://doi.org/10.1097/EJA.0b013e3283257d25> PMID:19445058.

1217 DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS DO PRONTUÁRIO DO PACIENTE CIRÚRGICO: COMPLETUDE EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

GUSTAVO PAULO IENACO, LUIS ANTONIO DOS SANTOS DIEGO, MARIA ISABEL DO NASCIMENTO, PEDRO MOREIRA DE SOUZA ABRANTES, SHARA LOCH FORNASA

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

Introdução: O Programa Nacional de Segurança do Paciente fornece estímulo à prática de componentes essenciais da assistência cirúrgica segura, destacando-se a importância de documentos anexados ao prontuário do paciente cirúrgico para a garantia desta prática assistencial segura. Além dos termos de consentimento livre e esclarecido (TCLE) exigidos para o procedimento, o boletim cirúrgico e da ficha de anestesia apresentam dados de grande relevância e reforçam a segurança do paciente. **Objetivos:** Avaliar o preenchimento de documentação essencial anexada ao prontuário do paciente cirúrgico. **Metodologia:** Estudo transversal aprovado por Comitê de Ética (CAAE: 67719023.4.0000.5243), realizado a partir da coleta de dados retrospectivos registrados em prontuários de pacientes que passaram por cirurgia eletiva em hospital universitário do Rio de Janeiro. A coleta de dados é referente aos procedimentos que ocorreram em um período de 32 dias consecutivos nos meses de julho e agosto de 2023 e ao total foram incluídos e analisados 110 prontuários. A análise dos dados consistiu em estatística descritiva com apresentação de medidas de tendência central; variabilidade das variáveis numéricas contínuas e frequências absolutas e relativas de variáveis categóricas. **Resultados:** Sobre os participantes, a mediana de idade foi de 61 com predomínio do sexo feminino (51,8%). Quanto à presença da documentação, 92,73% dos prontuários continham TCLE para ato cirúrgico assinado (8 ausentes), 99,09% apresentavam TCLE para ato anestésico (1 ausente) e 86,36% tinham o TCLE para hemotransfusão (15 ausentes). Além disso, 99,09% continham o relatório para ato cirúrgico (1 ausente) e apenas 97,27% apresentavam o relatório do ato anestésico (3 ausentes). **Discussão:** A ausência de TCLE nos prontuários dos participantes, independente da causa que levou a isto, revela a perda da comprovação de autonomia dos pacientes e se apresenta como um risco à sua livre decisão. Além disso, a falta da documentação do ato cirúrgico e anestésico nos prontuários impossibilita análise, gerando dúvida sobre a qualidade do procedimento. Investigações futuras devem ser estimuladas para verificar os dados de maneira qualitativa.

Palavras-chave: Cirurgia segura, Segurança do Paciente.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
2. de Vries EN, Prins HA, Crolla RMPH, et al, and the SURPASS Collaborative Group. Effect of a comprehensive surgical safety system on patient outcomes. N Engl J Med. 2010;363(20):1928-37. <http://doi.org/10.1056/NEJMsa0911535> PMID:21067384.

1219 ULTRASOUND-GUIDED RETROBULBAR BLOCK IN THE MANAGEMENT OF NEOVASCULAR GLAUCOMA: A CASE REPORT

RAQUEL ARAÚJO PARENTE, ELISSA CARLA PINTO JAQUES, TÁCIO RIAN NOGUEIRA PRÍNCIPE, THIAGO BESERRA BARBOSA DOS SANTOS

FUNDAÇÃO ALTINO VENTURA, RECIFE, PE, BRASIL

Introduction: One of the treatments for a painful-blind eye (PBE) is neurolysis through retrobulbar injection (RI). To enhance success and minimise complications, the use of ultrasound (US) can be an auxiliary tool. This article reports a successful case of RI with chlorpromazine guided by US, where its use was essential for a favourable outcome. **Case Report:** A 58-year-old male patient, hypertensive and diabetic, diagnosed with neovascular glaucoma, came to the emergency department with right-sided PBE, after having undergone conservative treatment for two months without improvement. Cyclocryocoagulation + RI was indicated. Mild intravenous (IV) was used. Anesthetic eye drops and local asepsis were applied. The anaesthetist conducted an RI by inserting a 30x7mm needle at Point A. Subsequently, the ophthalmologist placed the ophthalmic US probe on the upper eyelid, medial quadrant. After identifying the needle tip, slight repositioning towards the area where the injection would be most effective was necessary. The 2ml injection of 2% lidocaine without a vasoconstrictor was visualised. After a 1-minute interval, 2ml of chlorpromazine (5mg/ml) was injected through the same needle without complications. Cyclocryocoagulation was then performed by the ophthalmology team. In the operating theatre, IV dipyrone + tramadol was administered. The patient was discharged, with the use of analgesics and ophthalmic eye drops. On the first postoperative day (POD) moderate pain in the PBE, managed with dipyrone, paracetamol and codeine, was reported. No haematomas, bruises or movement limitations were observed. On the fifth POD mild pain persisted. Continuing to improve, on the fortieth POD the patient was pain-free and had discontinued analgesics. **Discussion:** Among the various therapeutic options for PBE, neurolysis through RI is a successful alternative in 20% to 87% of cases, providing almost instantaneous and ongoing pain relief. When associated with US, the risk of adverse events may be lower, with the advantage of a relatively small learning curve. In addition to visualizing the dispersion of the anaesthetic, US identifies the anatomy, preventing perforations. This case had the particularity of avoiding the ergonomic discomfort of performing real-time US, which could further increase the success of the procedure. Considering the forgoing, the use of US in RI should be practically mandatory in services that employ this technique.

Key words: Retrobulbar Block, Ultrasound-Guided, Glaucoma

REFERENCES

1. Carneiro HM, Cangiani LH. Anestesia em Oftalmologia: anatomia do olho e da órbita. In: Anestesia em Oftalmologia. Rio de Janeiro: Ed dos Autores; 2023. p. 31-33
2. Gayer S, Palte HD. Ultrasound-guided ophthalmic regional anesthesia. Curr Opin Anaesthesiol. 2016;29(6):655-61. <http://doi.org/10.1097/ACO.000000000000393>. PMID:27652513.
3. Bhatia J, Narayanadas B, Varghese M, et al. Retrobulbar alcohol injection: a forgotten therapy for management of painful blind eye. Oman J Ophthalmol. 2018;11(2):190-1. PMID:29930463.

1236 CESÁREA DE URGÊNCIA EM PARTURIENTE COM TRANSPLANTE RENAL – RELATO DE CASO

LEONARDO BERNARDES VIEIRA, DEMOCRITO RIBEIRO DE BRITO NETO, JOÃO PAULO JORDÃO PONTES, LUCAS GONÇALVES GOMES, ROSTAND MOREIRA FERNANDES

CET INTEGRADO DE UBERLÂNDIA-MG, UBERLÂNDIA, MG, BRASIL

Introdução: Os cuidados adequados durante a gestação se fazem necessários em qualquer gestante, em especial nas que apresentam comorbidades que exigem manejo cauteloso, como no caso de patologias nefrológicas, o que demanda do profissional anestesiológico expertise para contribuição na obtenção de desfechos obstétricos favoráveis. **Relato de caso:** Paciente 34 anos, G5P2A2 e idade gestacional de 31 semanas e 3 dias, portadora de insuficiência renal crônica, submetida a transplante renal há 1 ano. Após aumento da creatinina basal de 1,4 mg/dL para 2,93 mg/dL, foi optado por interrupção da gestação por decisão multidisciplinar provavelmente pela compressão do enxerto pelo útero gravídico. Apresentava pré-eclâmpsia e anemia crônica, em uso Tacrolimus, Azatioprina, Prednisona, Metildopa, AAS e Alfaepoetina. Antes da cesariana, foram administrados corticoterapia e sulfato de magnésio para neuroproteção materna. Após monitorização convencional, feito venóclise 18G e a técnica anestésica utilizada foi raqui-anestesia, com 15 mg de bupivacaína hiperbárica, 20 mcg de fentanil e 80 mcg de morfina atingindo nível de bloqueio em T4. Feito antibioticoprofilaxia, 100 mg de hidrocortisona, 1 g de ácido tranexâmico, dipirona, ondansetrona. Omitido anti-inflamatório não hormonal (AINH). Procedimento sem intercorrências, com duração de 90 minutos e recém-nascido encaminhado para UTI estável. Paciente evoluiu bem no pós-operatório, recebendo alta hospitalar 4 dias após com creatinina de 2,7 mg/dL.

Discussão: Todas as gestações pós-transplante devem ser consideradas de alto risco e o monitoramento rigoroso por parte do obstetra e da equipe de transplante é obrigatório. As considerações anestésicas incluem: efeito da gravidez no aloenxerto renal; efeitos colaterais de medicamentos imunossupressores na mãe e no feto, relevantes para o anestesista; interação de imunossupressores com drogas e técnicas anestésicas. A escolha da técnica anestésica depende do estado funcional do rim transplantado, do estado cardiovascular, do estado hematológico e da indicação de cesariana. Na ausência de disfunção renal, o manejo anestésico é semelhante ao de uma parturiente normal, exceto pelo antibiótico profilático e dose de estresse de esteroides em todas as pacientes com rim transplantado. Atenção especial deve ser dada a hipotensão pela susceptibilidade do rim transplantado à necrose tubular aguda. Os AINHs devem ser evitados, dado que aumentam o risco de hemorragia gastrointestinal e reduzem o fluxo sanguíneo renal.

Palavras-chave: Cesárea, Transplante, Rim.

REFERÊNCIAS

1. Chestnut DH, Wong CA, Tsen LC, et al. Chestnut's Obstetric Anesthesia: principles and practice. 6. ed. Philadelphia: Elsevier; 2020. 1223 p.
2. Parikh BK, Shah VR, Bhosale G. Anesthesia for parturient with renal transplantation. J Anaesthesiol Clin Pharmacol. 2012;28(4):524-7. <http://doi.org/10.4103/0970-9185.101948> PMID:23225940.

1237 ANALGESIA PERIDURAL CONTROLADA PELO PACIENTE EM TÓRAX INSTÁVEL POR MÚLTIPLAS FRATURAS DE ARCOS COSTAIS – RELATO DE CASO

LEONARDO BERNARDES VIEIRA, CELSO EDUARDO REZENDE BORGES, JOÃO PAULO JORDÃO PONTES, LUCAS GONÇALVES GOMES, RAQUEL VALENTE PEREIRA

CET INTEGRADO DE UBERLÂNDIA-MG, UBERLÂNDIA, MG, BRASIL

Introdução: Fraturas de costela são comuns em vítimas de trauma, e são causa importante de aumento da morbidade e de dor prolongada nesses pacientes. Técnicas para controle de dor realizadas por anestesiológicos, contribuem muito no tripé do tratamento dessa condição, que consiste em controle adequado da dor, assistência respiratória e fisioterapia. **Relato de caso:** Paciente feminina, 60 anos, vítima de politrauma devido acidente automobilístico, com diagnóstico fraturas da segunda à oitava costelas à direita e primeiro e segundo arcos costais à esquerda, com dor intensa devido ao quadro de tórax instável, além de trauma crânio encefálico e fraturas de ossos longos. Para analgesia da paciente e contribuição no tratamento do tórax instável, foi optado por passagem de cateter peridural para instalação de bomba de analgesia controlada pelo paciente (PCA). Após monitorização convencional, paciente foi posicionado em decúbito lateral e realizada punção peridural com agulha Touhy 16G entre T5eT6 pela técnica de Dogliotti, dose teste negativa com lidocaína 2% com vasoconstritor, e passagem de cateter peridural tunelizado e instalação inicial de solução de fentanil 2 mg/mL e ropivacaína 0,12% no modo contínuo à 5 mL/h + *bolus* de 5 mL controlado pela paciente com trava de 20 minutos entre os *bolus*. O cateter foi mantido por 8 dias com a referida programação, sendo a dor controlada de forma satisfatória com queixas do paciente apenas durante episódios de tosse. Recebeu alta após abordagem ortopédica das demais fraturas de ossos longos associadas. **Discussão:** Apesar de pouco utilizada, a analgesia epidural tem se mostrado padrão ouro em casos de tórax instável, com melhores resultados clínicos gerais, quando comparado com analgesia sistêmica com opioides. Revisões e ensaios clínicos demonstraram superioridade da peridural na melhora da função pulmonar, com otimização do volume corrente e força inspiratória máxima, melhora importante da dor torácica, redução da mortalidade, incidência de pneumonia, número de dias sob ventilação mecânica e de internação tanto em unidades de terapia intensiva, quanto a permanência total hospitalar. Apesar do crescente uso novas técnicas de anestesia regional como cateteres paravertebrais, no plano serrátil anterior e no plano eretor da espinha, foi optado pelo uso da peridural pelo fato do acometimento costal bilateral. Entretanto, é importante o anestesiológico estar atento para as repercussões cardiovasculares dos bloqueios peridurais, assim como suas ressalvas em pacientes recebendo tromboprolaxia.

Palavras-chave: PCA, Fratura, Costela.

REFERÊNCIAS

1. May L, Hillermann C, Patil S. Rib fracture management. BJA Educ. 2016;16(1):26-32. <http://doi.org/10.1093/bjaceaccp/mkv011>.
2. Beard L, Holt B, Snelson C, Parcha C, Smith FG, Veenith T. Analgesia of patients with multiple rib fractures in critical care: a survey of healthcare professionals in the UK. Indian J Crit Care Med. 2020;24(3):184-9. <http://doi.org/10.5005/jp-journals-10071-23375> PMID:32435097.

1238 DEPRESSÃO RESPIRATÓRIA COM MICRODOSE DE FENTANIL EM RAQUIANESTESIA: ISTO TAMBÉM PODE ACONTECER – RELATO DE CASO

ARETHA PAES DE LIMA CARNEIRO, BRUNO VÍTOR MARTINS SANTIAGO, CLARA DE OLIVEIRA MENON, GERALDO AUGUSTO DE MELLO SILVA, JULIA TRISTAO DE REZENDE

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

Introdução: Diversos coadjuvantes têm sido usados em raquianestesia para aumentar a analgesia, reduzir a dose do anestésico local e elevar a intensidade e duração do bloqueio, sendo os opioides os mais utilizados. Dentre seus efeitos adversos observam-se pruridos, náuseas, vômitos, sedação e depressão respiratória. **Relato de caso:** Feminina, 49 anos, 80 kg, 1,60 m, ASA II, Lee II, exames normais e TCLE assinado, foi submetida a Sling vaginal para correção de cistocele sob raquianestesia. Venóclise (20G), sedação IV (midazolam 2 mg + fentanil 20 mcg), cardiocopia, oxícapnografia e PANI. Colocada em DLE e feita assepsia, antisepsia e infiltração local (lidocaína 1%), realizou-se punção subaracnóidea (agulha 25G) em L3/L4 com líquido cristalino e normotenso, sendo administrados separadamente bupivacaína hiperbárica 0,5% (12 mg) + fentanil espinhal (15 mcg), atingindo nível T8. Colocada em litotomia, permaneceu lúcida mantendo FR (12-16irm) e SatHb% (95-98%). Após 1,5 hora e retorno à posição supina, houve hipotensão arterial (PA = 70 x 40 mmHg) prontamente corrigida com efedrina IV (20 mg), seguida de torpor, náuseas e queda SatHb% = 84%, que manteve a paciente dependente de O₂ = 100% sob máscara. Entretanto, a paciente mostrou-se responsiva aos estímulos e apresentava miose puntiforme ao exame clínico, sendo o quadro revertido com 4 doses fracionadas de naloxona (40mcg) a cada 2min (total =0,16mg), O₂ = 100% e efedrina. Encaminhada à SRPA, recebeu alta com índice Aldrette 10 após 2 horas. **Discussão:** Opioides lipossolúveis como fentanil e sufentanil produzem bloqueio em faixa e, por isso, raramente apresentam depressão respiratória quando comparados a opioides hidrofílicos, que podem se difundir rostralmente através do líquido, produzindo depressão respiratória tardia. Assim, em raquianestesias, doses de fentanil de 10-25 mcg têm sido usadas com relativa segurança, enquanto doses seguras de morfina são geralmente inferiores a 100 mcg, apesar de o fentanil ser 10 vezes mais potente do que a morfina. Uma metaanálise recente qualificou os opioides lipofílicos como muito seguros em raquianestesias, com risco de depressão respiratória para fentanil de 0,7% e para sufentanil de 0,8%¹. Este relato apresenta um evento raro de depressão respiratória tardia com dose baixa de fentanil (15mcg) em raquianestesia descartando-se a relação causal com a sedação inicial. Como ocorreu após grave hipotensão, diagnóstico diferencial de AIT foi considerado, mas logo descartado após resposta à naloxona.

Palavras-chave: Fentanil, Raquianestesia, Depressão Respiratória.

REFERÊNCIAS

1. Fonseca NM, Guimarães GMN, Pontes JPJ, Azi LMTA, Oliveira RA. Safety and effectiveness of adding fentanyl or sufentanil to spinal anesthesia: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Braz J Anesthesiol.* 2023;73(2):198-216. <http://doi.org/10.1016/j.bjane.2021.10.010> PMID:34954261.

1239 BLOQUEIO DO QUADRADO LOMBAR TIPO 3 COM INSERÇÃO DE CATETER PARA ANALGESIA PÓS OPERATÓRIA EM CIRURGIA DE AMPLIAÇÃO VESICAL EM PACIENTE PEDIÁTRICO

ARETHA PAES DE LIMA CARNEIRO, DANIEL AUGUSTO LYRA VILLELA, DANIELA GOMES DE SOUZA, GERALDO AUGUSTO DE MELLO SILVA, IGOR DUQUE GONCALVES DA SILVA

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

Introdução: Os distúrbios miccionais causados por alterações neurológicas conhecidas como bexiga neurogênica tem sido a principal causa de lesão do trato urinário inferior no grupo etário pediátrico. Dentre as principais lesões medulares congênitas, a mais frequente é a mielomeningocele¹. O bloqueio do quadrado lombar tipo 3 é uma técnica analgésica regional que bloqueia os ramos nervosos de T6-L3² e tem como principal vantagem a dispersão de anestésico local para o plano entre os músculos quadrado lombar e psoas, fornecendo analgesia adequada e reduzindo consumo de opioides. **Relato de caso:** Paciente 14 anos, 37 kg, portador de insuficiência renal crônica estágio VI e mielomeningocele corrigida ao nascer. Submetido à cirurgia de ampliação vesical e derivação urinária externa continente do tipo Mitrofanoff devido à bexiga neurogênica sob anestesia geral. Na indução anestésica administrou-se propofol, fentanil e rocurônio, seguido de intubação orotraqueal e manutenção com sevoflurano. O procedimento cirúrgico durou 2,5 horas, sendo realizado ao final o bloqueio do quadrado lombar tipo 3 com inserção de cateter no plano anatômico para possibilitar analgesia contínua no pós-operatório.

Descrição do bloqueio: Com o paciente em decúbito lateral esquerdo (Figura 1), o transdutor de ultrassom curvilíneo (2-5 MHz) (Sonosite) foi posicionado em direção caudal em um plano sagital, 3-4 cm lateral ao processo espinhal lombar de L4, produzindo varredura longitudinal e identificando os processos transversos de L3 e L4. Deslocou a sonda lateralmente até as imagens dos processos transversos desaparecerem e o músculo quadrado lombar ficar visível, mostrando o músculo eretor da espinha, o quadrado lombar e o Psoas maior. Avançou a agulha do bloqueio céfalo-caudal, através do músculo eretor da espinha e quadrado lombar, até transfixar o epimísio do quadrado lombar. Foi injetado 15 ml de Ropivacaína 3%. Um cateter foi inserido após hidrodissecção do plano pela injeção. O cateter foi posicionado unilateralmente à direita, pois no lado esquerdo não foi possível visualizar o processo transversos. O paciente não apresentou dor no pós-operatório, sendo mobilizado no período pós-operatório, sem precisar de analgésico adicional e sem fraqueza muscular. **Discussão:** O bloqueio do quadrado lombar tipo 3 com inserção de cateter pode ser usado para aliviar a dor aguda no pós-operatório de ampliação vesical pois fornece anestesia adequada sem fraqueza muscular.

Palavras-chave: Mielomeningocele, Ampliação Vesical, Bloqueio Quadrado Lombar Tipo 3.

REFERÊNCIAS

1. Monteiro LMC. Mielomeningocele. In: Aplicações Clínicas da Urodinâmica. 3. ed. São Paulo: Atheneu; 2001. p. 97-104.
2. Yayik AM, Cesur S, Ozturk F, Ahiskalioglu A, Celik EC. O bloqueio contínuo do quadrado lombar tipo 3 fornece analgesia pós-operatória efetiva para cirurgia do quadril: relato de caso. Ver Bras de Anestesiol. 2019;69(2):208-10. <http://doi.org/10.1016/j.bjan.2018.06.007>.

1245 AVALIAÇÃO DA MAGNESEMIA E DA ANALGESIA PÓS OPERATÓRIA EM PACIENTES SUBMETIDOS A ARTRODESE DE COLUNA APÓS INFUSÃO DE SULFATO DE MAGNÉSIO.

PAULO MATHEUS ARAÚJO E SILVA, DANIELLE MAIA HOLANDA DUMARESQ, JOSÉ NILSON FORTALEZA DE ARAÚJO, MARTIN FRANCISCO BANDEIRA DE OLIVEIRA

CET S.A.INST.DR.JOSÉ FROTA - HOSPITAL SEDE: INSTITUTO DR.JOSÉ FROTA, FORTALEZA, CE, BRASIL

Introdução: A relação entre a concentração sérica de magnésio e a mortalidade no período pós-operatório tem sido estudada devido à participação do magnésio em processos celulares essenciais, podendo ser encontrado em mais de 300 sistemas enzimáticos. O controle da dor relacionado ao uso do sulfato de magnésio torna-se evidente ao constatar-se a menor necessidade do uso de analgésicos no intra e no pós-operatório. O Hospital Municipal Instituto Doutor José Frota (IJF) é referência no atendimento ao paciente politraumatizado, apresentando elevada demanda de atendimentos e de internações. Muitos pacientes são internados por fratura de coluna, tendo, por vezes, distúrbios associados ao trauma, também podendo evoluir com dor, com distúrbios hidroeletrólíticos, com desidratação e com diminuição da capacidade funcional. **Objetivos:** Avaliar os níveis da magnesemia, bem como da analgesia pós-operatória em pacientes submetidos a artrodese de coluna após a infusão intravenosa de sulfato de magnésio. **Método:** Trata-se de um ensaio clínico de intervenção prospectivo, controlado, duplamente encoberto. Um total de 40 pacientes, ASA 1 ou 2, maiores de 18 anos, com indicação de artrodese de coluna no IJF foram alocados aleatoriamente em grupo intervenção e controle. Os 2 grupos receberam anestesia geral igualmente padronizadas. O grupo controle recebeu infusão de soro fisiológico à 0,9%. A intervenção foi feita infusão de sulfato de magnésio na dose de ataque de 50 miligramas (mg)/quilo (kg) e 10 mg/Kg/hora de manutenção. Foi realizada avaliação pré e pós-operatória quanto a magnesemia e quanto a analgesia, pela escala visual analógica (EVA). **Resultados:** Observou-se concentração sérica média de magnésio no grupo intervenção de $1,94 \pm 0,21$ mg/decilitro, mostrando estabilidade em seus níveis plasmáticos, com menor risco de efeitos adversos relacionados a alterações séricas deste íon. **Conclusão:** Os níveis de magnesemia mostraram-se regulares, não havendo grandes variações séricas, sendo observada boa segurança, sem efeitos colaterais maiores, durante todo o procedimento anestésico cirúrgico, bem como no período pós-operatório. Constatou-se também menores escores de EVA na primeira hora pós-operatória. Este estudo auxilia na compreensão sobre a terapêutica mais adequada para este tipo de intervenção, sendo voltada especificamente aos pacientes com acometimentos ortopédicos graves, assim amparando condutas e ações mais assertivas e pertinentes a cada caso.

Palavras-chave: Artrodese de coluna, Sulfato de magnésio, Analgesia.

REFERÊNCIAS

1. Peene L, Cacheux P, Sauter AR, Joshi GP, Beloeil H. Pain management after laminectomy: a systematic review and procedure- specific post-operative pain management (PROSPECT) recommendations. Eur Spine J. 2021;30(10):2925-35. <http://doi.org/10.1007/s00586-020-06661-8> PMID:33247353.
2. Chrun LR, João PRD. Hipomagnesemia no pós-operatório de artrodese de coluna. J Pediatr. 2012;88(3):227-32. <http://doi.org/10.2223/JPED.2181>.
3. Silva SE FO, Sandes CS, Vieira JE, Cavalcanti IL. Analgesic effect of magnesium sulfate during total intravenous anesthesia: randomized clinical study. Braz J Anesthesiol. 2021;71(5):550-7. PMID:34537125.

1251 AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DO PACIENTE UTILIZANDO O QUESTIONÁRIO HEIDELBERG PERI-ANESTHETIC EM UM HOSPITAL ONCOLÓGICO

JOÃO PEDRO COSTA DOS SANTOS, EMERSON LEÃO INÁCIO DE MELO JÚNIOR, GABRIEL AVELLAR REZENDE, KARINA BERNARDI PIMENTA

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

Introdução: A medicina não deve estar dissociada do conceito de qualidade, que promove e melhora ações no sistema de saúde. O conceito de satisfação e qualidade não é universalmente compreendido, e muitos o consideram vago e de difícil definição. A avaliação dos serviços de anestesia é, em geral, em relação à morbidade e mortalidade e raramente em relação à qualidade percebida com o cuidado. Através do questionário "Heidelberg Peri-Anesthetic Questionnaire-Br (HPAQ)" foi possível avaliar a qualidade percebida com os cuidados anestésicos em nosso hospital. **Objetivos:** Avaliar a qualidade percebida do cuidado anestésico pelos pacientes do serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço no Instituto Nacional do Câncer - Unidade I, correlacionando do com variáveis independentes como idade, Classificação ASA, escolaridade, sexo, cirurgias prévias, com objetivo de determinar o nível de satisfação com o serviço prestado. **Métodos:** Estudo transversal, observacional e qualitativo utilizado o questionário HPAQ agrupando 3 campos de avaliação: Medo, Equipe, Desconforto. Este estudo foi aprovado pelo CEP INCA (CAAE: 70104223.7.0000.5274). **Resultados:** Amostra de 18 pacientes, sendo 66% do sexo feminino e 34% masculino, onde 83% dos pacientes tinham cirurgias prévias. Realizada análise das variáveis independentes utilizando o teste qui-quadrado para correlacionar os 3 campos da avaliação do questionário (medo, equipe e desconforto), porém sem significância estatística. No coeficiente de correlação de Spearman onde foi analisado equipe, medo e desconforto, observamos uma correlação positiva entre medo e equipe. A média da qualidade percebida foi de 3,5/4 para avaliação pré-operatória, 3,36/4 para pré-operatório e 3,41/4 para recuperação anestésica. A média global foi de 85,5%. Considerando isoladamente os itens com pior avaliação, destacam-se os itens 27, 16 e 9 (rouquidão ou dor de garganta, sensação de frio ou tremores na sala operatória, na noite anterior sentiu-se calmo). **Conclusão:** O nível de satisfação com os cuidados de saúde reflete a qualidade do sistema de saúde segundo a perspectiva do doente. Os resultados encontrados demonstram pontos de melhoria como um melhor acolhimento do paciente no pré-operatório, atenção ao controle de temperatura no perioperatório e necessidade de mecanismos para evitar rouquidão e dor de garganta na recuperação anestésica. Conclui-se que o Instituto Nacional do Câncer possui uma qualidade percebida de anestesia considerada alta.

Palavras-chave: Qualidade, Satisfação.

REFERÊNCIAS

1. Lemos JN, Lemos LDCN, Solla DJF, Lemos DDCN, Módolo NSP. Patient satisfaction in ambulatory anesthesia assessed by the Heidelberg Perianaesthetic Questionnaire: a cross-sectional study. *Braz J Anesthesiol.* 2021;26(1):1-9. <http://doi.org/10.1016/j.bjane.2018.07.004> PMID:34963617.
2. Barnett SF, Alagar RK, Grocott MPW, Giannaris S, Dick JR, Moonesinghe SR. Patient-satisfaction measures in anesthesia: qualitative systematic review. *Anesthesiology.* 2013;119(2):452-78. <http://doi.org/10.1097/ALN.0b013e3182976014> PMID:23669268.

1264 POSICIONAMENTO ALTERNATIVO DE ELETRODOS PARA MONITORAMENTO DE PROFUNDIDADE ANESTÉSICA EM CIRURGIAS CRANIOFACIAIS: UM RELATO DE CASO COM O CONOX

LUAN CAYKE MARINHO DE OLIVEIRA, CLAUDIA MARQUEZ SIMOES, LUCAS RODRIGUES DE FARIAS
SERVIÇOS MÉDICOS DE ANESTESIA, SÃO PAULO, SP, BRASIL

Introdução: Os monitores de profundidade anestésica representam uma ferramenta essencial para o anestesiológico, especialmente durante procedimentos sob anestesia venosa total. Entretanto, em cirurgias craniofaciais e neurocirúrgicas, a disposição padrão dos eletrodos em região frontal cria interferências no campo cirúrgico. Neste contexto, relataremos um caso em que a configuração alternativa do CONOX se mostrou eficaz no neuromonitoramento durante um procedimento para exérese de um melanoma maligno na região frontal. **Relato de caso:** F.P.A.L, feminino, 52 anos, ASA 2, foi encaminhada ao serviço de cirurgia plástica para a exérese de um melanoma maligno na região frontal, demandando reconstrução local com um enxerto de pele parcial da coxa esquerda. O procedimento foi conduzido sob anestesia venosa total associado a bloqueio do nervo femoral esquerdo para analgesia da área doadora do enxerto. Devido à inviabilidade de posicionar os eletrodos do CONOX na região frontal e a necessidade de monitorizar a profundidade anestésica afim de garantir a segurança, foi adotado um posicionamento alternativo dos eletrodos. Após a devida preparação da área e seguindo as instruções detalhadas no manual do dispositivo, utilizando a lixa fornecida pelo mesmo, o eletrodo ativo positivo (vermelho - 1) foi posicionado na região nasal, o eletrodo ativo positivo (amarelo - 2) na região malar direita, e o eletrodo ativo negativo (verde - 3) na região temporal direita. Sendo assim, foi possível observar uma boa qualidade do sinal além da leitura adequada dos índices de consciência (qCON) e do eletroencefalograma (EEG) sem interferências relevantes durante o ato operatório. **Discussão:** Os dispositivos de monitoramento de profundidade anestésica, como o CONOX, semelhantes a outros sistemas como BIS e SedLine, empregam o índice bispectral e o EEG para avaliar a profundidade anestésica, baseando-se em um posicionamento específico dos eletrodos na região frontal. Apesar de estudos prévios terem explorado diversas localizações para a colocação dos eletrodos, nenhum estabeleceu claramente o uso de posicionamentos alternativos até o momento. No entanto, embora careça de uma validação mais robusta através de estudos adicionais, a utilização de montagens alternativas nos dispositivos de monitoramento de profundidade anestésica pode ser considerada com cautela para monitorar a profundidade anestésica em situações em que a configuração padrão interferiria no procedimento cirúrgico.

Palavras-chave: CONOX, Monitorização, Neuromonitorização.

REFERÊNCIAS

1. Nelson P, Nelson JÁ, Chen AJ, Kofke WA. An alternative position for the BIS-Vista montage in frontal approach neurosurgical cases. J Neurosurg Anesthesiol. 2013;25(2):135-42. <http://doi.org/10.1097/ANA.0b013e31826ca3a0> PMID:23456030.

1265 ANESTESIA MULTIMODAL PARA RESSECÇÃO DE MAMA ACESSÓRIA EM PACIENTE PORTADOR DE SÍNDROME DE KARTAGENER RELATO DE CASO

JORDANA MARTINS MACHADO ARAUJO , ANASTÁCIO DE JESUS PEREIRA, GLAYDE SABRINA CAMARGOS DE SOUZA, JOÃO PAULO JORDÃO PONTES, LEANDRO FERREIRA SOUZA

CET INTEGRADO DE UBERLÂNDIA – MG - HOSPITAL SEDE: HOSP.STA.GENOVEVA DE UBERLÂNDIA – MG, UBERLÂNDIA, MG, BRASIL

Introdução: A síndrome de Kartagener é uma doença autossômica recessiva rara com incidência estimada em 1/25.000. É definida através da tríade: pansinusite crônica, bronquiectasia e *situs inversus* com dextrocardia. Por se tratar de um subgrupo da discinesia ciliar primária, doença hereditária caracterizada por anormalidades estruturais que comprometem a atividade ciliar normal, é recorrente o acometimento de infecções do trato respiratório como pneumonia crônica, otite média crônica, tosse produtiva e hemoptises. **Relato de caso:** Paciente MAN, sexo feminino, 31 anos, 60 kg, P2 por depressão e Kartagener, em uso contínuo de azitromicina, trelegy aerosol, mirtazapina, quetiapina, lítio e desvenlafaxina. Nega tabagismo. RX de tórax evidenciando dextrocardia e bronquiectasias, prova de função pulmonar apresentando distúrbio obstrutivo grave com resposta ao broncodilatador. Submetida a ressecção de mama axilar acessória unilateral a esquerda após monitorização convencional, punção venosa 20G, pressão arterial não invasiva e oximetria de pulso. Foi realizado sedação com 5 mg de midazolam, 25 mcg de fentanil e dexmedetomidina em infusão contínua a 0,5 mcg/kg/h, e punção peridural em T3-T4 com agulha 16G em decúbito lateral esquerdo com injeção de 10 ml de solução de Levobupivacaína a 0,5%. Suplementação de oxigênio em cateter nasal a 2 l/min, sem intercorrências. **Discussão:** A síndrome de Kartagener possui correlação com alterações pulmonares devido à diminuição de capacidade residual funcional, alterações conformacionais da anatomia torácica do paciente e distúrbios restritivos graves. A avaliação pré-operatória da estrutura e função pulmonar e cardíaca são fundamentais, assim como a prevenção de complicações pulmonares no paciente bronquiectásico com fisioterapia, drenagem postural, antibióticos, broncodilatadores e espirometria de incentivo no perioperatório. Sempre que possível, a anestesia local ou regional deve ser preferida à anestesia geral. Restringir o uso de opioides minimiza as chances de depressão respiratória, bem como o uso de técnicas multimodais associadas a bloqueio de neuro-eixo favorecem o manejo intra e pós-operatório e fisioterapia respiratória precoce. Portanto, é imprescindível reconhecer a síndrome e se optar pelo melhor manejo anestésico que visa reduzir possíveis complicações agudas ou tardias.

Palavras-chave: Síndrome de Kartagener.

REFERÊNCIAS

1. Burduk PK, Wawrzyniak K, Kazmierczak W, Kusza K. Kartagener's syndrome-anaesthetic considerations for ENT surgery. *Otolaryngol Pol.* 2012;66(4):291-4. <http://doi.org/10.1016/j.otpol.2012.05.020> PMID:22890535.
2. Reidy J, Sischy S, Barrow V. Anaesthesia for Kartagener's syndrome. *Br J Anaesth.* 2000;85(6):919-21. <http://doi.org/10.1093/bja/85.6.919> PMID:11732534.

1266 TROMBOEMBOLISMO PULMONAR NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DE CIRURGIA ORTOPÉDICA SUSPEITADO POR ULTRASSONOGRRAFIA POINT-OF-CARE: RELATO DE CASO

JORDANA MARTINS MACHADO ARAUJO , GLAYDE SABRINA CAMARGOS DE SOUZA, JOÃO PAULO JORDÃO PONTES, MARIA LUIZA RENAUD DE OLIVEIRA, RAPHAEL POZZOBOM FERRAREZI

CET INTEGRADO DE UBERLÂNDIA-MG, UBERLÂNDIA, MG, BRASIL

Introdução: O tromboembolismo venoso abrange a trombose de veias profundas e o tromboembolismo pulmonar (TEP), e é a principal causa de morte em pacientes hospitalizados. O diagnóstico de TEP pode ser desafiador, especialmente em pacientes que recebem anestesia geral. Os achados mais comuns são taquicardia, hipotensão, hipoxemia e redução abrupta do CO_2 expirado (EtCO_2), mas o TEP é considerado um diagnóstico de exclusão e as diretrizes atuais para o diagnóstico intraoperatório não estão bem definidas. Porém o uso da ecocardiografia a beira-leito tem se ganhado espaço como ferramenta para o diagnóstico precoce de tal emergência médica. **Relato de caso:** Paciente sexo masculino, 34 anos, IMC 26,3, estado físico P2 por hipertensão arterial e apneia do sono. Foi submetido a osteossíntese da fratura clavicular após acidente automobilístico. Ao exame físico apresentava-se estável hemodinamicamente, orientado e sem alterações pulmonares. Após monitorizado e venóclise, o paciente foi submetido a bloqueio interescalênico com 20 ml de levobupivacaína à 0,25% guiado por ultrassonografia. Realizada indução anestésica e intubação orotraqueal com 2 mg/kg de propofol, 3 mcg/kg fentanil e 0,6 mg/kg rocurônio e manutenção com sevoflurano a 2%. Paciente foi extubado em sala, porém em recuperação pós-anestésica evoluiu com rebaixamento de consciência e queda progressiva na oximetria de pulso (40-50% com cateter de O_2 a 2L/min e 75% com máscara de reservatório de 10L/min). Não havia ruídos adventícios na ausculta pulmonar. Optou-se por reverter possíveis causas de insuficiência respiratória com flumazenil, naloxona e sugammadex. Devido permanência do quadro, foi realizada nova intubação, ecocardiografia a beira-leito transtorácica mostrou dilatação das câmaras cardíacas direitas, e solicitada angiogramografia que mostrou sinais de tromboembolismo pulmonar agudo extenso bilateral. Iniciado anticoagulação terapêutica e suporte intensivo com alta hospitalar após 10 dias. **Discussão:** O paciente do caso apresentava poucos fatores de risco prévios ao acidente para o desenvolvimento do tromboembolismo pulmonar. Porém, após o trauma, a tríade de Virchow teve seus três componentes instalados. A suspeita precoce seguida do diagnóstico ecocardiográfico e radiológico, e terapêutica pôde gerar desfecho favorável ao paciente, enfatizando novamente a importância do uso de ferramentas diagnósticas a beira-leito e o conhecimento do manejo desse quadro.

Palavras-chave: Tromboembolismo Pulmonar.

REFERÊNCIAS

1. Ruohoniemi DM, Sista AK, Doany CF, Heerdt PM. Perioperative pulmonary thromboembolism: current concepts and treatment options. *Curr Opin Anaesthesiol.* 2018;31(1):75-82. <http://doi.org/10.1097/ACO.0000000000000550> PMID:29206697.

1269 EVALUATION OF OPTIC NERVE DISPLACEMENT BY ULTRASOUND IN PATIENTS WITH AND WITHOUT HIGH MYOPIA. CROSS-SECTIONAL OBSERVATIONAL STUDY

LUIS HENRIQUE CANGIANI, LUIZ GUSTAVO PEREZ VAZQUEZ, LUIZA FERNANDES TAVARES DE SÁ, MATHEUS RODRIGUES VIEIRA, RENAN VIEIRA MURAD

CET CENTRO MÉDICO CAMPINAS, CAMPINAS, SP, BRASIL

Introduction: Myopia is a globally prevalent condition. Most notably, individuals with myopia are at increased risk of developing glaucoma, retinal detachment and macular degeneration, leading to irreversible blindness. **Aim:** Using ultrasound, this study sought to compare rates of optic nerve displacement in highly myopic patients compared to control patients (without myopia) to see if differences for this condition were observed. **Method:** An ultrasound analysis was carried out on 50 patients. From this initial sample, a random resampling method was carried out to obtain a sample of 500 eyes with biometry and displacement simulated together. Of these 500 eyes, 23.45% remained highly myopic, according to the sample observed. The Bland-Altman (B.A) analysis was carried out for the 100 original samples and the 500 simulated samples. **Results:** The correlation graph showed that this data set was situated to the bottom left of the chart, well below the 45-degree line. This indicates that the correlation between the measurements (biometrics and displacement) is low and prevents any association with movement between them. The correlation of the data obtained when it is within the range [-0.2 and 0.2] may indicate statistical independence. **Discussion:** Highly myopic patients present changes in eye structure, with an increase in the anteroposterior diameter. Knowing about these possible alterations, sonoanatomy plays an important role. Unlike other peripheral blocks, the guided block may not be as fundamental as other techniques. However, it is useful for assessing and describing structures in the orbital cavity, such as the staphyloma. It is also possible to measure the anteroposterior diameter and visualize the dispersion of the local anesthetic. There was no change in the displacement of the optic nerve in highly myopic patients, which could justify changing the blocking technique due to a possible increased risk of optic nerve damage or anesthesia of the brainstem. **Conclusion:** It is not possible to state that greater displacement of the optic nerve will necessarily be observed in highly myopic patients. Therefore, this study does not refute the null hypothesis. As such, we cannot assert that greater displacement of the optic nerve will definitely be observed in highly myopic patients.

Key words: retrobulbar block, complications, optic nerve

REFERENCES

1. Tang W, He B, Luo Y, Duan X. Morphology and microcirculation changes of the optic nerve head between simple high myopia and pathologic myopia. *BMC Ophthalmol.* 2023;23(1):208. <http://doi.org/10.1186/s12886-023-02949-7>.

1271 AVALIAÇÃO DOS DESFECHOS CLÍNICOS E TEMPO DE INTERNAÇÃO RELACIONADOS A TÉCNICAS ANESTÉSICAS EM PACIENTES SUBMETIDOS A TAVI: ESTUDO RETROSPECTIVO

LUIS HENRIQUE CANGIANI, CARLOS EDUARDO ESQUEAPATTI SANDRIN, GIOVANNA SANCHES DE LAURENTIS, ISABELA YAMANE FAITARONI, TÁSSIA OLIVEIRA NUNES DA SILVA

CET CENTRO MÉDICO CAMPINAS, CAMPINAS, SP, BRASIL

Introdução: O implante de valva aórtica percutânea (TAVI) tem sido realizado em muitos centros, principalmente em pacientes idosos com o objetivo de reduzir morbimortalidade, tempo de internação e eventos adversos. O objetivo desse estudo foi analisar o tempo de internação e a incidência de complicações e suas correlações com as técnicas anestésicas empregadas. **Método:** Foram incluídos no estudo 47 pacientes que foram submetidos a TAVI. Para a análise estatística, foram revisados os prontuários de pacientes submetidos a TAVI no ano de 2018 a 2023. Os pacientes foram divididos em dois grupos conforme o tipo de anestesia: sedação ou anestesia geral. A sedação foi realizada com dexmedetomidina em infusão contínua, fentanil 50 mcg e 1 ou 2 bolus de propofol administrado no momento do balonamento da prótese. No grupo que realizou anestesia geral foi realizada indução venosa seguida por intubação orotraqueal e manutenção da anestesia com sevoflurano. Os dados obtidos foram analisados de modo descritivo e aplicados teste qui quadrado para as correlações entre presença de complicações e técnicas anestésicas. **Resultados:** Dezesesseis pacientes receberam anestesia geral e trinta e um pacientes receberam sedação. O tempo médio de internação foi maior nos pacientes que receberam anestesia geral ($\pm 8,8$ dias) e no grupo sedação o tempo de internação médio foi de (± 6 dias). Onze pacientes que receberam anestesia geral tiveram complicações contra 20 pacientes que receberam sedação. Em relação à mortalidade, a técnica anestésica geral apresentou um índice de 10%, quando comparada com a anestesia por sedação, cerca de 3,33%. Sendo assim, nesse estudo, evidencia-se a sedação como forma mais segura ($n = 30$; $p = \pm 0.057$). Quando se analisa as complicações de modo geral, decorrentes da técnica anestésica, 23,40% ($p > 0,05$) das complicações, foram provenientes da anestesia geral, enquanto 42,55% ($p > 0,05$). **Discussão:** Pelos resultados, a pode-se notar que não houve diferença significativa entre os desfechos estudados em pacientes submetidos a TAVI sob sedação ou anestesia geral. Na literatura, publicações recentes têm demonstrado resultados também estatisticamente inconclusivos e consideram que a sedação pode ser feita com segurança. **Conclusão:** Nesse estudo não foi possível estabelecer uma relação de causalidade entre a técnica anestésica e incidência de complicações e no tempo de internação.

Palavras-chave: TAVI, Complicações, Técnicas de Anestesia.

REFERÊNCIAS

1. Erkan G, Ozyaprak B, Kaya FA, Dursun İ, Korkmaz L. Comparison of anesthesia management in transcatheter aortic valve implantation: a retrospective cohort study. *Braz J Anesthesiol.* 2022;72(5):629-36. <http://doi.org/10.1016/j.bjane.2021.06.017> PMID:34252453.
2. Carroll JD, Mack MJ, Vemulapalli S, et al. STS-ACC TVT registry of transcatheter aortic valve replacement. *J Am Coll Cardiol.* 2020;76(21):2492-516. <http://doi.org/10.1016/j.jacc.2020.09.595> PMID:33213729.

1275 INJEÇÃO INADVERTIDA DE NORADRENALINA VIA CATETER CENTRAL EM PACIENTE SUBMETIDO A TRANSPLANTE RENAL DE DOADOR FALECIDO: RELATO DE CASO

LUIZ HENRIQUE CANGIANI, ANA BEATRIZ CAMERLENGO MORAGAS, GABRIEL SILVA DE LIMA, LUIZ GUSTAVO PEREZ VAZQUEZ, TASSIO MATTOS PEREIRA FRANCO

CET CENTRO MÉDICO CAMPINAS, CAMPINAS, SP, BRASIL

Introdução: Os cuidados prestados a pacientes críticos requerem recursos humanos e materiais especializados e intervenções imediatas perante nenhuma alteração do quadro clínico para prevenir eventos adversos. O objetivo é descrever um caso em que houve administração inadvertida de noradrenalina durante um transplante renal de doador falecido. **Relato do caso:** Paciente masculino, 49 anos, estado físico ASA IV, 85 kg, 185 cm, portador hipertensão, diabetes, doença renal estágio V, retinopatia diabética e dislipidemia. Fazia uso insulina glargina, olmesartana, furosemida, Sevelamer, atorvastatina, anlodipino, AAS e metoprolol. Na sala cirúrgica, foi monitorizado com cardioscopia, oximetria de pulso, pressão arterial não invasiva inicialmente e monitor de hipnose. O paciente foi sedado com midazolam e fentanil, realizado bloqueio peridural com ropivacaína 0,75% 8ml, morfina 2 mg e instalação do cateter peridural para posterior instação de analgesia controlada pelo paciente. Em seguida, foi realizada venosa total alvo controlada com propofol modelo Marsh TCI efeito, remifentanil modelo Minto TCI efeito e rocurônio 50 mg EV. Realizada intubação com tubo endotraqueal sem dificuldades. No intraoperatório, o paciente manteve instabilidade hemodinâmica, sendo necessário administração de noradrenalina. No momento de hipotensão grave, foi administrado, de modo inadvertido, bolus de noradrenalina via cateter central, resultando em pico pressórico de 308 x 116 mmHg, após a realização sutura da veia renal do enxerto na veia ilíaca externa esquerda do paciente. A cirurgia, nesse momento foi interrompida até que os valores da pressão arterial fossem corrigidos com administração de sevoflurano, aumento da concentração de remifentanil e suspensão da noradrenalina. Não houve ruptura de suturas. No pós-operatório, o paciente foi encaminhado à UTI em ventilação espontânea, porém ainda em uso de droga vasoativa que foi mantida até o 5º dia de pós-operatório (PO). O paciente recebeu alta da UTI no 6º PO, e posterior alta hospitalar no 10º PO, sem outras complicações. **Discussão:** A administração de aminas vasoativas deve ser cautelosa. Relatos na literatura de iatrogenias mostram reações cutâneas rápidas até óbito, incluindo ainda cardiomiopatia de Takotsubo e PCR. Os equipamentos devem ser checados e a equipe deve ser treinada para o uso adequado das formas de administração, visando mitigar possíveis complicações.

Palavras-chave: Complicação, Noradrenalina, Injeção Inadvertida.

REFERÊNCIAS

1. Faria TT, Camerini FG, Henrique DM, et al. Eventos clínicos indesejáveis relacionados com a administração de aminas: estudo transversal. Rev Enferm. 2022;serVI(1):e21063.
2. Ibey AA, Ciarniello C, Gorelik S. Inadvertent overinfusion of norepinephrine using infusion pump loading dose. Intensive Crit Care Nurs. 2015;31(6):375-9. <http://doi.org/10.1016/j.iccn.2014.12.001> PMID:26364123.

1276 RAQUIANESTESIA EM PACIENTE PORTADORA DA DOENÇA DE CHARCOT-MARIE-TOOTH (CMT) PARA CESAREANA: UM RELATO DE CASO.

AMANDA FREITAS COELHO, ANA CLAUDIA MORANT BRAIND, ARTHUR BOMFIM PEREIRA, JADE CEDRAZ ALELUIA, VERA AZEVEDO

CET DA ASSOC. OBRAS SOCIAIS IRMÃ DULCE - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL SANTO ANTÔNIO, SALVADOR, BA, BRASIL

Introdução: A doença de Charcot-Marie-Tooth (CMT) é um grupo de neuropatias periféricas de transmissão hereditária, com acometimento sensorial e motor, que afeta 1 a cada 10.000 pessoas no mundo. É causada por alterações na formação e estrutura da bainha de mielina e axônios, com redução da condução do estímulo nervoso, levando a alterações de sensibilidade, fraqueza, atrofia muscular e deformidades. Embora haja amplo entendimento da fisiopatogenia, dos genes e fenótipos da CMT, a prática anestésica ainda é pautada em dados teóricos controversos e pouco em medicina baseada em evidências. **Relato de caso:** Paciente V.P.S., 40 anos, com diagnóstico de CMT há 4 anos, internada para cesariana eletiva. Refere diminuição discreta de força nos membros, porém deambula sem ajuda. Ao exame, bom estado geral, eupneica, estável; escoliose à inspeção, força muscular preservada nos 4 membros (grau 4+/4). Discutido e explicado sobre os riscos, benefícios e possíveis dificuldades técnicas. Realizado bloqueio com agulha Whitacre entre a terceira e quarta vertebra lombar, infundido bupivacaína hiperbárica (12 mg) e morfina (0,1mg). Ao final do procedimento (45 minutos) encontrava-se em bom estado geral, com bloqueio motor em membros inferiores. Avaliada após 8h, referindo ter deambulado e se alimentado sem dificuldades; 12 horas após, referia estar com movimentação e sensibilidade iguais ao momento anterior a anestesia e, ao exame, força muscular preservada. Após 24 horas do bloqueio, encontrava-se em bom estado geral, deambulando sem ajuda, com diurese espontânea, com força e sensibilidade preservadas. **Discussão:** Ainda não se tem uma recomendação definitiva sobre a técnica anestésica mais segura para os pacientes portadores da CMT. Sobre a anestesia geral, existe um risco teórico quanto ao uso de bloqueadores neuromusculares (hipercalémia e bloqueio prolongado); relatos de Hipertermia Maligna desencoraja o uso de bloqueadores neuromusculares e anestésicos inalatórios nesse grupo, embora as evidências sejam fracas. O bloqueio neuro axial é considerado em algumas fontes como fator de risco para lesão neurológica e piora do prognóstico, no entanto, vem sendo cada vez mais utilizado em cenários cuja anestesia geral traga maiores riscos, a exemplo das gestantes. A escolha da técnica anestésica para pacientes portadores da Doença de CMT ainda é bastante controversa, necessitando de mais estudos que permitam estabelecer e comparar os riscos e benefícios da conduta anestésica a ser seguida.

Palavras-chave: Bloqueio Neuro-axial, Raquianestesia, Charcot-Marie-Tooth.

REFERÊNCIAS

1. 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://doi.org/10.2344/15-00010R1.1> PMID:27269665.
2. Porto AG, Jorge JC, Moura ALM, et al. Anestesia em paciente portador da Doença de Charcot-Marie-Tooth: qual a melhor técnica anestésica? *Revista Med Minas Gerais.* 2011;21(4, Supl 4):S47-50.

1279 OPHTHALMOLOGIC ANAESTHESIA IN AMBULATORY PAEDIATRIC SURGERY: A CASE REPORT

MANOEL ANANIAS DA SILVA NETO, ELISSA CARLA PINTO JAQUES, JULYANA DE SOUZA BARBOSA CORDEIRO, RAQUEL ARAÚJO PARENTE, TÁCIO RIAN NOGUEIRA PRÍNCIPE

FUNDAÇÃO ALTINO VENTURA, RECIFE, PE, BRASIL

Introduction: Ophthalmologic anaesthesia plays a significant role in the field of clinical anaesthesia. A challenge arises when the patient's clinical profile indicates the need for inpatient care during the immediate postoperative period. This report presents the case of a 30-day-old infant undergoing surgery for bilateral eyelid coloboma correction under general anesthetic at an outpatient clinic. **Case Report:** Female, 1-month-old, was referred for surgical treatment of eyelid malformation diagnosed at birth. The prenatal period was uneventful. The neonatal physical examination revealed no other malformations. No similar clinical cases in the family were reported. Upon admission the ophthalmological examination identified coloboma of the upper eyelid, hyperaemic conjunctiva, cornea with diffuse opacity and dense central infiltrate. The patient underwent total bilateral eyelid reconstruction. Intravenous induction was performed, and ventilation through a facial mask. Intubation was performed under direct visualization with a size 3 uncuffed tube on the third attempt, assisted by a neonatal bougie. Anesthetization was maintained out with sevoflurane. The surgeon performed local infiltration. The patient was extubated smoothly, maintained Sat.O₂=100% in the recovery room for 90 minutes, and was then transported under medical surveillance to a third-party hospital. **Discussion:** Eyelid coloboma is a congenital condition that may be hereditary and associated with other malformations and genetic syndromes. Due to the newborn's age being less than 45 weeks, postoperative monitoring for 12 hours was deemed necessary due to the risk of apnoea. Consequently, an observation bed in a third-party hospital was secured. Two experienced professionals faced an unforeseen difficulty in managing the patient's airway, with only a Macintosh 0 blade available. A Cormack-Lehane 2B was achieved with optimal manipulation, and the bougie made intubation possible. Surgery proceeded without complications. Controlled extubation was adopted. While the patient would have been better managed in a hospital with a higher level of support, this service is a rural reference for ophthalmic surgery. The patient was from a rural area, and the ophthalmic condition required emergency treatment. Attempts were made to mitigate risks through collaboration with a third-party hospital. Such a choice should be the result of careful analysis and may expand the boundaries of clinical anaesthesia.

Key words: Clinical anaesthesia, Ophthalmologic anaesthesia, Eyelid coloboma

REFERENCES

1. Proença R, Crisóstomo S, Basilio A. Coloboma: ocular key to systemic pathology. *Ophthalmology*. 2016;40(4):263-70.
2. Miller RD, Eriksson LI, Fleisher L, Wiener-Kronish JP, Young WL. *Miller's Anesthesia*. 8. ed. Churchill Livingstone: Londres; 2013.

1284 BLOQUEIO DO PLANO ERETOR DA ESPINHA PARA ANALGESIA EM TRAUMA TORÁCICO COM FRATURAS DE MÚLTIPLAS COSTELAS: RELATO DE CASO

THAYS RAFAELA COLOMBO, ANDERSON DE FREITAS, ESTER BENCZ, PAULO SERGIO DA SILVA DESCHAMPS

HOSPITAL REGIONAL ALTO VALE, RIO DO SUL, SC, BRASIL

Introdução: O bloqueio do plano eretor da espinha (BPEE) é uma alternativa à punção peridural, sua segurança advém do uso do ultrassom e permite a passagem de catéter, com possibilidade da associação de adjuvantes ao anestésico local (AL), que melhoram e prolongam a analgesia. Relatamos o caso de uma paciente com fraturas múltiplas de costelas em que foi realizado o BPEE, com bom resultado, após tentativa falha de peridural. **Relato do caso:** Paciente feminino, 53 anos, 50 kg, ASA II, vítima de trauma de tórax com fratura de 7 arcos costais à esquerda e fratura de mandíbula. Vem ao centro cirúrgico, hemodinamicamente estável, após drenagem torácica por hemopneumotórax esquerdo, para fixação de mandíbula sob anestesia geral. Queixava-se de dor torácica intensa e ventilatório dependente. Após indução anestésica, a paciente foi colocada em decúbito lateral direito para realização de punção peridural, no intuito de possibilitar a extubação ao término do procedimento, evitar possíveis complicações da ventilação mecânica prologada, fornecer analgesia e reduzir morbimortalidade pela interrupção da mecânica respiratória decorrente da dor. Devido à dificuldade técnica, não foi possível a realização da peridural. Foi optado então por BPEE à esquerda, no nível de T5 e instalação de cateter. Foi administrada inicialmente a solução de AL com morfina que havia sido preparada para a peridural (Tabela 1). Após 12 horas, a paciente apresentou dor leve, sendo necessário o 1º repique de AL sem adjuvante. Após 8h, apresentou dor intensa e solicitou o 2º repique, realizado com AL e dexametasona. Após 12 horas, a paciente apresentou dor moderada e foi realizado o 3º repique, dessa vez com AL e dexmedetomidina. Essa última associação foi a que apresentou melhor efeito e trouxe maior conforto para a paciente, estendendo a analgesia para 26 horas, quando a paciente apresentou dor leve e solicitou novo repique, optando-se por repetir a solução anterior. Após 30 horas do último repique a paciente apresentava-se sem dor. Foi retirado o dreno torácico e teve alta hospitalar. **Discussão:** O BPEE é uma técnica segura e promove analgesia satisfatória, representando uma boa alternativa na impossibilidade de peridural. Outros estudos têm demonstrado, assim como esse, que a associação da dexmedetomidina à ropivacaína, no BPEE para dor aguda, prolonga o bloqueio sensorial e promove maior conforto do paciente, quando comparada a mesma posologia do AL com morfina ou dexametasona.

Palavras-chave: Fraturas das Costelas, Analgesia, Bloqueio Nervo Periférico.

REFERÊNCIAS

1. Adhikary SD, Pruet A, Forero M, Thiruvankatarajan V. Erector spinae plane block as an alternative to epidural analgesia for post-operative analgesia following video-assisted thoracoscopic surgery: A case study and a literature review on the spread of local anaesthetic in the erector spinae plane. *Indian J Anaesth.* 2018;62(1):75-8. http://doi.org/10.4103/ija.IJA_693_17 PMID:29416155.
2. Gao Z, Xiao Y, Wang Q, Li Y. Comparison of dexmedetomidine and dexamethasone as adjuvant for ropivacaine in ultrasound-guided erector spinae plane block for video-assisted thoracoscopic lobectomy surgery: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Ann Transl Med.* 2019;7(22):688. <http://doi.org/10.21037/atm.2019.10.74> PMID:31930069.

1294 AVALIAÇÃO DA INCIDÊNCIA DE COMPLICAÇÕES RELACIONADAS A UTILIZAÇÃO DE ANALGESIA PÓS-OPERATÓRIA CONTROLADA PELO PACIENTE POR VIA PERIDURAL: ESTUDO COORTE RETROSPECTIVO

LUIZ HENRIQUE CANGIANI, GIOVANNA SANCHES DE LAURENTIS, LUIZ GUSTAVO PEREZ VAZQUEZ, REBECA FUNCK COLUCCI, VICTOR MOREIRA VALENCA DE LEMOS

CET CENTRO MÉDICO CAMPINAS, CAMPINAS, SP, BRASIL

Introdução: O controle analgésico adequado após o procedimento apresenta benefícios na recuperação cirúrgica. Uma das modalidades disponíveis a analgesia epidural controlada pelo paciente (AECp), porém, seu uso pode estar associado ao aparecimento de eventos adversos. O objetivo desse estudo é analisar a incidência de eventos adversos decorrentes da AECp e comparar esses efeitos conforme o tipo de solução administrada. **Método:** Foram coletadas informações dos registros peroperatórios dos pacientes submetidos à analgesia peridural no período de março de 2023 até julho de 2023. A análise dividiu os pacientes em dois grupos: pacientes que receberam morfina ou fentanil e se houve ou quais foram os eventos adversos relacionados à AECp. A análise estatística foi realizada com o teste exato de Fischer e análise do qui-quadrado, considerando como significativos resultados com $p < 0,05$. **Resultados:** Foram identificados 184 pacientes adultos, estado físico ASA I a ASA III. Destes, 9 foram excluídos por ter sido realizado apenas a passagem de cateter peridural. Dos 175 pacientes que preencheram os critérios de inclusão, 59 fizeram uso de morfina e 116 de fentanil. Foram identificados 58 eventos adversos entre os 175 pacientes selecionados, sendo 37 pacientes do grupo fentanil e 21 do grupo morfina. No grupo fentanil, 10 pacientes apresentaram prurido, 9 retenção urinária, 9 náuseas e vômitos, 9 tiveram episódios hipotensivos e 2 referiram tontura. No grupo da morfina, 10 relataram prurido, 6 tiveram NVPO, 1 hipotensão, 1 sonolência e 1 obstipação. Na análise pelo odds-ratio e pelo teste de qui-quadrado, não foi possível encontrar associação entre infusão de opioide utilizada e ocorrência de eventos adversos ($p > 0,05$). **Discussão:** A incidência de eventos adversos em pacientes em uso de AECp se apresentou na média em relação aos valores encontrados na literatura para náuseas e vômitos no pós-operatório, prurido, retenção urinária e constipação. A incidência de hipotensão arterial e sonolência tiveram valores menores. Não foram observados eventos adversos graves. **Conclusão:** Na população estudada, não foi verificada correlação entre o tipo de opioide utilizado na AECp e maior incidência de eventos adversos no pós-operatório. A incidência de cada tipo destes esteve de acordo com o que se encontra na literatura, com eventos mais graves não sendo observados possivelmente pela pequena população estudada.

Palavras-chave: Analgesia Controlada Pelo Paciente, Complicações, Bloqueio Peridural.

REFERÊNCIAS

1. Viderman D, Tapinova K, Nabidollayeva F, Tankacheev R, Abdildin YG. Intravenous versus epidural routes of patient-controlled analgesia in abdominal surgery: systematic review with meta-analysis. J Clin Med. 2022;11(9):2579. <http://doi.org/10.3390/jcm11092579> PMID:35566705.
2. Lutti MN, et al. Analgesia controlada pelo paciente com fentanil e sufentanil no pós-operatório de reconstrução de ligamentos do joelho: estudo comparativo. Rev Bras Anesthesiol. 2002;52(2):166-74.

1298 AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA UTILIZAÇÃO DA METADONA NA ANALGESIA PÓS-OPERATÓRIA E NO CONTROLE DA DOR DE DIFÍCIL CONTROLE NA SALA DE RECUPERAÇÃO: ESTUDO OBSERVACIONAL TRANSVERSAL

LUIS HENRIQUE CANGIANI, ELAINE ALVES DA SILVA, GIOVANNA SANCHES DE LAURENTIS, MATHEUS RODRIGUES VIEIRA, RICARDO CRISTOVAO DE SOUZA

CET CENTRO MÉDICO CAMPINAS, CAMPINAS, SP, BRASIL

Introdução: Dor na sala de recuperação anestésica é a complicação com maior incidência no pós-operatório imediato. Pode motivar insatisfação de pacientes, aumento de custos hospitalares, prolongamento no tempo de reabilitação, entre outros. O estabelecimento de protocolos institucionais visam reduzir a incidência de dor de difícil controle e aumentar adesão do protocolo de dor da instituição. O objetivo principal deste estudo foi avaliar potenciais causas de dor de difícil controle na sala de recuperação anestésica (SRPA), com foco na influência do uso de metadona e/ou AINEs e adesão ao protocolo institucional de analgesia.

Método: Foi feita revisão de prontuários de pacientes submetidos a cirurgia no período de abril a julho em um hospital terciário que receberam anestesia geral venosa total ou anestesia geral venosa inalatória e no pós-operatório tiveram dor de difícil controle na sala de recuperação pós-anestésica. A dor de difícil controle foi definida como a presença de dor e a necessidade de utilização de analgesia de resgate com duas ou mais doses de morfina. A análise estatística dos resultados foi feita com teste de qui-quadrado para a avaliação da presença da dor de difícil controle e para a medida adesão ao protocolo de analgesia. Com o teste exato de Fischer foi calculada a razão de chance da ocorrência de dor de difícil controle nos pacientes em que não é utilizada a metadona e/ou AINEs. **Resultados:** Os resultados indicam que uso de metadona intraoperatória está associado significativamente na redução de dor de difícil controle na sala de recuperação pós-anestésica, com significância estatística ($p < 0,05$). Porém, não houve redução da dor ($p > 0,05$) com o uso ou não de AINEs na SRPA. Além disso, a técnica AGVI mostrou vantagem comparada a técnica anestésica venosa em relação a presença de dor de difícil controle. **Discussão:** O estudo mostrou que quando os protocolos institucionais são respeitados a eficiência da analgesia é melhor. Esse fato é observado em estudos publicados em que foram utilizadas metadona ou morfina como analgesia intra ou pós-operatória. A metadona, por ser um fármaco antagonista NMDA consegue reduzir a dor pós-operatória de modo significativo. **Conclusão:** O estudo mostra que a utilização de metadona como parte da terapia de analgesia multimodal foi eficaz no controle da dor e que a adesão a protocolos institucionais melhora o desfecho clínico dos pacientes.

Palavras-chave: Analgesia Pós-Operatória, Metadona, Dor Pós-Operatória.

REFERÊNCIAS

1. Simoni RF, Cangiani LM, Pereira AM, Abreu MP, Cangiani LH, Zemi G. Eficácia do emprego da metadona ou da clonidina no intraoperatório para controle da dor pós-operatória imediata após uso de remifentanil. Rev Bras Anesthesiol. 2009;59(4):421-30. <http://doi.org/10.1590/S0034-70942009000400004>.
2. Carvalho AC, Sebold FJG, Calegari PMG, Oliveira BH, Schuelter-Trevisol F. Comparação da analgesia pós-operatória com uso de metadona versus morfina em cirurgia cardíaca. Rev Bras Anesthesiol. 2018;68(2):122-7. <http://doi.org/10.1016/j.bjane.2017.12.001> PMID:29096877.

1301 ANESTESIA VENOSA TOTAL COM MODELO PAEDFUSOR EM CRIANÇA AUTISTA COM HISTÓRICO PRÉVIO DE AGITAÇÃO PSICOMOTORA PÓS-OPERATÓRIA: RELATO DE CASO.

GUILHERME CHIARELO CAPANELLI, ANA BEATRIZ CAMERLENGO MORAGAS, LUIS OTAVIO ESTEVES, LUIZA FERNANDES TAVARES DE SÁ, VICTORIA FÁVERO DE SIQUEIRA LOPES

CET CENTRO MÉDICO CAMPINAS, CAMPINAS, SP, BRASIL

Introdução: O Transtorno do Espectro Autista (TEA) acomete cerca de 1% da população mundial. Esses pacientes podem apresentar episódios de agitação peri e pós-operatória mais frequentemente. O objetivo é mostrar uma técnica anestésica utilizada em criança com TEA submetida a cirurgia eletiva. **Relato de caso:** Paciente sexo masculino, 8 anos, 27 kg, 125 cm de altura, estado físico ASA II, diagnosticado com TEA, estenose uretral e alterações congênitas da condução cardíaca e história prévia de agitação após exame de ressonância magnética sob anestesia inalatória. O menor foi submetido a cirurgia para ressecção de válvula uretral posterior. A avaliação pré-anestésica foi realizada antecipadamente e o procedimento foi explicado aos pais. No pré-operatório foi administrado midazolam por via oral na dose de 15 mg, 45 minutos antes do procedimento, porém o menor permaneceu não cooperativo. Por isso, foi necessária indução inalatória com sevoflurano para realizar a venopunção, monitorização da SpO₂, PANI, frequência cardíaca e cardioscopia. Em seguida, conversão para técnica venosa total realizada com lidocaína 40 mg, dexmedetomidina na dose 0.5 mcg/kg administrada durante 2 minutos seguidos de infusão contínua a 0,5 mcg/kg/min, propofol em TCI no modelo de PAEDFUSOR no modo efeito até o alvo 3 mcg/ml. Realizada intubação traqueal sem dificuldades e o menor foi mantido em ventilação espontânea. Foram administrados adjuvantes para analgesia pós-operatória e a hidratação venosa 20 ml/kg/h. O paciente foi extubado em plano e mantido com fonte de oxigênio suplementar. Paciente manteve saturação de oxigênio acima de 98% durante todo o procedimento e após encaminhamento para RPA. Despertou após 1 hora e 10 minutos, sem agitações e boa evolução junto à familiar. **Discussão:** O cuidado e o manejo anestésico do paciente com TEA deve ser realizado com bom planejamento, a família deve estar envolvida no atendimento, diminuição de tempo entre as etapas e o mínimo de estímulo sensorial necessário para diminuir o estresse do paciente. A medicação pré-anestésica e anestesia venosa total estão associadas a menor agitação no despertar. Estudos mostram que midazolam, dexmedetomidina, propofol, cetamina são fármacos bem indicados para esses pacientes. A equipe hospitalar multidisciplinar deve estar pronta para lidar com particularidades de pacientes com TEA, comportamentos inadequados ou possíveis dificuldades, garantindo maior segurança e sucesso no procedimento.

Palavras-chave: delirium, anestesia venosa, prevenção

REFERÊNCIAS

1. Whippey A, Bernstein LM, O'Rourke D, Reddy D. Enhanced perioperative management of children with autism: a pilot study. *Can J Anaesth.* 2019;66(10):1184-93. <http://doi.org/10.1007/s12630-019-01410-y> PMID:31152370.
2. Silva WA, Dibe AGM, Souza CCBV, Sousa RKC. Anesthetic considerations in pediatric patients with Autism Spectrum Disorder. *J Surg Res.* 2021;12(1):40-56.

1302 AVALIAÇÃO DO ESCORE DE SATISFAÇÃO DO PACIENTE MEDIDO POR NET PROMOTER SCORE RELATIVO AO ATENDIMENTO PRESTADO A PACIENTES EM HOSPITAL TERCIÁRIO ENVOLVENDO 1974 PACIENTES.

LUIZ GUSTAVO PEREZ VAZQUEZ, ADRIEL FRANCO DE MATTOS, ISABELA YAMANE FAITARONI, PASCHOAL ANGOTTI NETTO, PEDRO DO AMARILHO MAICH

CET CENTRO MÉDICO CAMPINAS, CAMPINAS, SP, BRASIL

Introdução: Este estudo aborda a importância de conhecer a experiência do paciente vivida pelo paciente prestado por um serviço de anestesiologia em um hospital terciário. Apesar dos avanços científicos, há uma escassez de estudos nessa temática na especialidade. A pesquisa de satisfação que é enviada aos pacientes após a alta hospitalar é uma ferramenta útil para medir os escores de satisfação, identificar falhas, possibilidade de melhorias no atendimento e garantir a segurança dos pacientes. A introdução do Net Promoter Score (NPS) na anestesiologia visa medir a satisfação e a lealdade dos pacientes. Este estudo descreve a implementação da pesquisa de satisfação em um serviço de anestesiologia em um hospital terciário que atende cirurgias de todos os portes cirúrgicos localizado em região metropolitana. **Método:** A pesquisa foi iniciada em 2021 e seguiu até o final de 2023, utilizando a ferramenta de NPS para avaliar a satisfação dos pacientes através de um questionário. Foram realizadas melhorias ao longo do processo de análise das respostas para aumentar a taxa de retorno das respostas. O escore de satisfação aceito universalmente prevê resposta de 0 a 10, sendo que resposta entre 0 e 6 são detratores, 7 e 8 são neutras e 9 ou 10 são respostas promotoras. Os dados dos anos de 2022 e 2023 estão descritos em valores percentuais e incluíram 2000 pacientes. **Resultados:** Os resultados mostram aumento significativo da quantidade de respostas e média de escore de NPS acima de 90 pontos (90%), o que indica excelência no serviço prestado aos pacientes. **Discussão:** O estudo destaca a importância da pesquisa para os pacientes promovendo melhorias contínuas. A análise das respostas, incluindo elogios, críticas e sugestões, direciona planos de ação para aprimorar o atendimento pré, intra e pós-operatório. Além disso, o estudo aborda a transformação de pacientes detratores em neutros ou promotores após interações positivas, demonstrando a eficácia do cuidado centrado no paciente. A pesquisa destaca a importância de compartilhar feedback com outros setores do hospital, promovendo a melhoria no atendimento de toda a instituição. **Conclusão:** Saber e entender como está sendo feito o atendimento aos pacientes e como eles se sentem é um passo fundamental para o crescimento e amadurecimento do trabalho assistencial do serviço de anestesiologia. Serve como marco de um bom atendimento ou como o início de mudanças e aprimoramento.

Palavras-chave: Satisfação Do Paciente, Qualidade, Segurança.

REFERÊNCIAS

1. Adams C, Harrison R, Iqbal MP, Schembri A, Walpola R. From detractors to promoters: a comparative analysis of patient experience drivers across Net Promoter Score subcategories. *Int J Nurs Pract.* 2023;30(1):e13197. <http://doi.org/10.1111/ijn.13197> PMID:37648254.
2. Fleisher LA. Quality anesthesia: medicine measures, patients decide. *Anesthesiology.* 2018;129(6):1063-9. <http://doi.org/10.1097/ALN.0000000000002455> PMID:30273268.

1305 INTERCORRÊNCIA VASCULAR NO INTRAOPERATÓRIO DE RECONSTRUÇÃO DE LIGAMENTO CRUZADO POSTERIOR DE JOELHO: UM RELATO DE CASO

MYLENA VALADARES SILVA, DIEGO BATISTA AGUIAR, JOSÉ HORACIO RAMALHO DE LEITE FILHO, LEONARDO SOUSA MUNDOCO, MARIA FERNANDA DE MIRANDA MARCELINO

HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS, BRASÍLIA, DF, BRASIL

Introdução: A morte por hemorragia representa um problema global substancial, com mais de 60.000 mortes por ano nos Estados Unidos e cerca de 1,9 milhão mortes por ano em todo o mundo. Cirurgias são suscetíveis a eventos adversos que desafiam a capacidade do anestesiologista de responder a situações críticas de modo rápido e eficaz. Este relato de caso trata de uma intercorrência vascular em uma cirurgia ortopédica com desfecho não letal. **Relato de caso:** Paciente D.P.S, 26 anos, obeso grau I, sem uso de medicações ou alergias. Admitido para realização de reconstrução de ligamento cruzado posterior de joelho esquerdo. Realizada punção lombar em L3/L4, mediana, com agulha de Tuohy 16G, teste de Dogliotti positivo; injetados 3ml de lidocaína a 2% com vasoconstritor e passado cateter peridural sem intercorrências. Injetados 10 ml de lidocaína a 1% com vasoconstritor no cateter, com bloqueio sensitivo e motor. Quatro horas após, evoluiu com sangramento intenso, estimado em 900 ml, na articulação durante manipulação posteromedial do joelho. A equipe vascular foi acionada e optou por abordagem para reparo de lesão arterial poplíteia e de ramo venoso profundo de membro inferior esquerdo. Nesse contexto, necessidade de posicionamento em decúbito ventral. Optou-se então pela anestesia geral inalatória, além de dispositivos invasivos como acesso venoso central em veia jugular interna direita e punção da artéria radial direita, sem intercorrências. Novo repique em cateter peridural com 8ml de ropivacaína a 0,25%. Solicitada pela equipe vascular realização de 5000 UI de heparina não fracionada. Durante todo o intraoperatório, paciente manteve estabilidade hemodinâmica, pressão arterial média variando entre 81 e 96. Ao final, verificou-se presença de fluxo venoso e arterial em membro inferior esquerdo via doppler. Dessa forma, procedeu-se à extubação do paciente, e a retirada de cateter peridural. Paciente transferido à UTI à meia-noite, estável hemodinamicamente e respirando espontaneamente em ar ambiente. **Discussão:** A opção pela anestesia peridural, inicialmente bem-sucedida, foi seguida por uma rápida combinação com a anestesia geral inalatória. A combinação com a anestesia geral foi essencial para garantir o suporte hemodinâmico. O novo repique com ropivacaína a 0,25% visou a otimização do controle da dor e a minimização do estresse esperado

Palavras-chave: Vascular, Ortopedia.

REFERÊNCIAS

1. Lozano R, Naghavi M, Foreman K, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;380(9859):2095-128. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61728-0](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61728-0) PMID:23245604.
2. Govêia CS, Tardelli MA, Albuquerque MAC, Nunes RR, Curi EF, editores. *Complicações e eventos adversos em anestesia*. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Anestesiologia; 2020.

1306 MANEJO ANESTÉSICO EM UMA COMPILAÇÃO DA CIRURGIA DE RESSECÇÃO TRANSURETRAL DE PRÓSTATA: UM RELATO DE CASO

MYLENA VALADARES SILVA, ANA VITÓRIA DE SOUSA MELO, HERISSON RODRIGUES DE OLIVEIRA, LUCAS DE MELO FREIRE, MARIA FERNANDA DE MIRANDA MARCELINO

HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS, BRASÍLIA, DF, BRASIL

Introdução: A ressecção transuretral de próstata (RTU) é a técnica operatória mais utilizada para tratamento da hiperplasia prostática benigna (HPB). As principais complicações são relacionadas ao procedimento anestésico, ao procedimento cirúrgico (síndrome da intoxicação hídrica, perfuração da bexiga, bacteremia e sangramento excessivo) e relacionadas às condições clínicas dos pacientes (infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico). **Relato de caso:** Paciente do sexo masculino, 71 anos, portador de HAS, DM2 e HPB. Encaminhado ao centro cirúrgico para RTU eletiva, apresentava sinais vitais estáveis: PA: 132/83 mmHg, FC: 82 bpm, SAT: 98%. Programação anestésica de sedação com Fentanil 75 mcg e Midazolam 2,5mg + 2,5mg e peridural lombar em L4/L5 com injeção de 5ml de Ropivacaína 0,3 ml + 20 ml de lidocaína a 2%. Após cerca de 2 horas, paciente apresentou inquietação, realizado Cetamina 5 mg + 5 mg, com alguns minutos houve queda da saturação 92-93% sem esforço, com distensão abdominal importante, sugestivo de ruptura vesical, com indicação de laparotomia exploradora imediata. Realizado nova punção de acesso venoso periférico antevendo a queda da PA pela redução do retorno venoso e após abertura do abdome com queda da pressão intra-abdominal. Seguido de intubação orotraqueal, administrando Alfentanil 1500 mcg + Propofol 150mg + Rocurônio 50 mg, mantido com Sevoflurano 1,5-2%. Após cavidade abdominal aberta realizado expansão volêmica com 500 ml de Ringer Lactato. Houve aspiração de conteúdo em cavidade abdominal de cerca de 1800 ml, posteriormente, rafia da cúpula vesical sem intercorrência. Paciente manteve-se estável, com melhora da saturação ao retorno basal após descompressão abdominal. Ao final, extubado e encaminhado a sala de recuperação pós-anestésica sem dor e sinais vitais estáveis: PA 130/90 mmHg, FC: 70 bpm, saturação: 96%. **Discussão:** A programação anestésica na RTU deve envolver um conhecimento próprio das complicações possíveis para um rápido manejo intraoperatório, pois as incidências das complicações operatórias mostraram-se elevadas. Para tanto, deve ser feito um preparo pré-anestésico adequado, uso de técnica que não oculte complicações, produza distúrbios fisiológicos mínimos e permita o pronto tratamento em caso de reações adversas. Portanto, a anestesia espinhal é classificada a técnica de escolha para RTU por proporcionar melhores condições cirúrgicas para observar complicações intraoperatórias.

Palavras-chave: Urologia, RTU.

REFERÊNCIAS

1. Araújo LMT, Klamt JG, Garcia LV. Anestesia para ressecção transuretral de próstata: comparação entre dois períodos em hospital universitário. Rev Bras Anesthesiol. 2005;55(2):197-206. <http://doi.org/10.1590/S0034-70942005000200006> PMID:19471823.
2. Portes TA, Bernardo PLA, Faccio FN Jr. Ressecção transuretral da próstata (RTUP): complicações trans-operatórias e pós-operatórias em Hospital Universitário. Arq Ciênc Saúde. 2004;11(4):199-204.

1307 MANEJO PERIOPERATÓRIO DE PACIENTE COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: UM RELATO DE CASO

MYLENA VALADARES SILVA, AMANDA CACAES MODESTO ACCIOLY, ANA VITÓRIA DE SOUSA MELO, HERISSON RODRIGUES DE OLIVEIRA, MARIA FERNANDA DE MIRANDA MARCELINO

HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS, BRASÍLIA, DF, BRASIL

Introdução: Crianças com transtornos do espectro do autismo (TEA) são uma população em que desenvolvimento atípico de interação social, comunicação e padrões estereotipados de comportamento a torna mais propensa a ansiedade perioperatória elevada. **Relato de caso:** Paciente J.P.J.M., 9 anos, 30,8 kg e portador de TEA, veio ao serviço para a realização de tratamento odontológico sob anestesia geral. Durante avaliação foi constatado jejum inadequado, sendo necessário postergar o procedimento e durante esse período o paciente tornou-se agitado, sendo administrados 10mg de Diazepam oral, sem melhora. Mediante tentativa de contenção pelos pais, tornou-se mais agitado e agressivo, sendo levado a sala do centro cirúrgico acompanhado deles. O paciente segurou a própria máscara facial, sendo realizada dessa forma a indução inalatória com Sevoflurano a 8% e em seguida monitorização com ECG, venóclise em MSD e indução venosa com Lidocaina 40 mg, Fentanil 100 mcg, Propofol 100 mg e Rocurônio 50 mg. Foi aplicado lidocaína gel em narina, realizada laringoscopia em primeira tentativa com auxílio de pinça Magil, sem intercorrências, e tubo foi fixado e acoplado a VMI modo PCV com FIO2 45%, Pins 11, PEEP 5 e FR 15irpm. Foi realizada manutenção com Sevoflurano 3%, descurarização com Sugamadex 100mg e a extubação ocorreu sem intercorrências. Paciente foi encaminhado para SRPA acompanhado da mãe, mantendo estabilidade clínica e recebendo alta com Aldrete 10. **Discussão:** O manejo perioperatório da criança com TEA deve visar prevenir a agitação advinda de comportamentos desadaptativos. As pesquisas não demonstram superioridade de um anestésico sobre o outro, embora alguns estudos refiram o etomidato como superior na manutenção da estabilidade hemodinâmica e da ventilação espontânea. Proporcionar um ambiente calmo durante indução, minimizar ruído e número de pessoas em contato direto com a criança e realizar analgesia adequada com acetaminofeno são medidas importantes na redução de eventos, bem como profilaxia para náuseas e vômitos pós-operatórios, hidratação intraoperatória adequada e sedação adicional no fim do procedimento para diminuir probabilidade de explosões emocionais na sala de recuperação. **Conclusão:** Crianças com TEA são um grupo heterogêneo de pacientes e seu manejo perioperatório pode ser um desafio, logo, é necessário promover melhores estratégias de gerenciamento e prevenção de regressão comportamental com o desenvolvimento de protocolos perioperatórios específicos.

Palavras-chave: TEA

REFERÊNCIAS

1. Vlassakova BG, Emmanouil DE. Perioperative considerations in children with autism spectrum disorder. *Curr Opin Anaesthesiol.* 2016;29(3):359-66. <http://doi.org/10.1097/ACO.0000000000000325> PMid:26914785.
2. Arnold B, Elliott A, Laohamroonvorapongse D, Hanna J, Norvell D, Koh J. Autistic children and anesthesia: is their perioperative experience different? *Paediatr Anaesth.* 2015;25(11):1103-10. <http://doi.org/10.1111/pan.12739> PMid:26338278.

1323 ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO QUESTIONÁRIO DE DOR PÓS-OPERATÓRIA PARA LÍNGUA PORTUGUESA DO BRASIL.

CAROLINA SOLETTI, BRUNO FERREIRA NEPOMUCENO, GABRIELLA CARVALHO NAPY CHARARA, JOANNA CATARINA FERNANDES NEVES ABREU

UNIVERSIDADE ANHANGUERA - UNIDERP, CAMPO GRANDE, MS, BRASIL

Introdução: Apesar do conhecimento e recursos disponíveis para controle e tratamento da dor, 30 a 80% dos pacientes hospitalizados apresentam dor pós-operatória de moderada a intensa. Embora seja uma parte previsível da experiência pós-operatória, o gerenciamento inadequado da dor interfere diretamente na recuperação do paciente, tempo e custos de internação. Além disso, representa um indicador importante de qualidade em saúde e nível de satisfação do paciente. Nesse contexto, é importante utilizar um instrumento de análise que englobe tais fatores, e possibilite um tratamento direcionado. **Objetivos:** Esse estudo teve como objetivo a adaptação transcultural do questionário de dor pós-operatória PAINOUT para língua portuguesa do Brasil. **Métodos:** Este foi um estudo transversal observacional, consecutivo, aleatório e não controlado. Sua população são pacientes consecutivos submetidos a cirurgias eletivas em hospital terciário, selecionados aleatoriamente entre julho e dezembro de 2019. Essa, foi avaliada através de um questionário objetivo a respeito da experiência de dor pós-operatória nas primeiras 24h com o objetivo de obter uma melhor compreensão da qualidade do gerenciamento. **Resultados:** O resultado foi controle inadequado da dor. A maioria dos pacientes sofreu pelo menos dor leve nas primeiras 24h (53%), no entanto esta taxa é menor que o relatado em outros estudos. Houve também uma alta incidência de dor moderada a intensa (24%), tal dado é consistente com o encontrado na literatura. A análise do impacto nas atividades diárias mostrou que a dor interferiu de grau moderado a intenso em (36%) dos pacientes exercesse pequenos esforços como movimentar-se na cama. Em relação ao humor do paciente o sentimento mais gerado foi a ansiedade (34%), o que é uma taxa menor que a de outros estudos. No entanto, este quesito foi o mais questionado pelos pacientes quando tinham dúvidas sobre o questionário, o que mostra a necessidade de melhor adaptação do quesito da sua formação particular. Apesar de os quesitos anteriormente citados evidenciarem o mau gerenciamento da dor a maioria dos pacientes se mostrou satisfeito com o tratamento da dor, o que corrobora com o encontrado na literatura de que o nível de satisfação do paciente não representa um bom índice para análise da qualidade do tratamento da dor. **Conclusões:** A dor pós-operatória é um sintoma que precisa ser mais bem gerenciado, necessitando de melhores estratégias para sua adequada avaliação e tratamento.

Palavras-chave: questionário PAINOUT, dor pós-operatória

REFERÊNCIAS

1. Lorentzen V, Hermansen IL, Botti M. A prospective analysis of pain experience, beliefs and attitudes, and pain management of a cohort of Danish surgical patients. *Eur J Pain.* 2012;16(2):278-88. <http://doi.org/10.1016/j.ejpain.2011.06.004> PMID:22323380.
2. Gan TJ, Habib AS, Miller TE, White W, Apfelbaum JL. Incidence, patient satisfaction, and perceptions of post-surgical pain: results from a US national survey. *Curr Med Res Opin.* 2014;30(1):149-60. <http://doi.org/10.1185/03007995.2013.860019> PMID:24237004.
3. Subramanian P, Ramasamy S, Ng KH, Chinna K, Rosli R. Pain experience and satisfaction with postoperative pain control among surgical patients. *Int J Nurs Pract.* 2016;22(3):232-8. <http://doi.org/10.1111/ijn.12363> PMID:25355297.

1327 MANEJO ANESTÉSICO EM PACIENTE PORTADOR DE ESCLEROSE SISTÊMICA.

LILIAN BERNARDETE MENDES RABELO, FREDERICO AUGUSTO SOARES DE LIMA, KAMILLA GOMES DE SALES SOUZA, LETICIA GOULART JAPIASSU, WESLEY SANTOS SILVA

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

Introdução: A Esclerose Sistêmica é uma doença sistêmica do tecido conjuntivo, que cursa com microangiopatia, isquemia de extremidades e dor intensa, podendo acometer o sistema digestivo de forma a aumentar o risco de broncoaspiração. **Relato de caso:** Paciente feminina, 47 anos, 59 kg, portadora de esclerodermia há 12 anos com acometimento cardiovascular (Fenômeno de Raynaud e Hipertensão Arterial Sistêmica), neurológico (neuralgia do trigêmeo e parestesias), gastrointestinal (ausência de peristalse esofágica) e musculoesquelético (dores musculares e articulares). Deu entrada para realização de apendicectomia, e optou-se por anestesia geral balanceada devido relato de parestesias em membros superiores e inferiores. Em avaliação pré-anestésica estava taquicárdica e relatava dor em todo corpo. Ao exame apresentava microstomia, retrognatismo mandibular, Mallampati III, alterações de sensibilidade, pele arroxeadada em dedos das mãos e pés, edema e sensibilidade excessiva ao frio. Optou-se por indução em sequência rápida, com uso de coxins, posição de Trendelenburg reverso e manobra de Sellick. Monitorização multiparamétrica composta por pressão não invasiva, cardioscopia, termômetro, capnografia, sequência de quatro estímulos e oximetria de pulso, mensurada em lóbulo da orelha devido à constrição das arteríolas dos dedos das mãos e pés. Infusão de fentanil 200 mcg, lidocaína 60 mg, propofol 150 mg e rocurônio 70 mg, com intubação em primeira tentativa, sob laringoscopia direta (Cormack- Lehane IIa). Anestesia mantida com Sevoflurano 2% e duração de 180 min. Analgesia endovenosa com dipirona 2 g e morfina 6 mg. Despertar sem dor ou outras queixas e sem intercorrências. **Discussão:** Na esclerodermia, a dor associada ao fenômeno de Raynaud é causada pela microangiopatia periférica e pela neuropatia isquêmica com alterações histológicas que afetam as camadas da parede vascular e geram redução do fluxo sanguíneo na musculatura dos membros e acidose tissular que ativam nociceptores. O risco de regurgitação de restos alimentares, devido ausência de peristalse intestinal, mesmo com jejum satisfatório, requer atenção durante a anestesia. Pacientes com diagnóstico de longa data apresentam acometimento de diferentes órgãos, e mecanismos bem compensados que podem ser alterados por diferentes intervenções. Por isso, a identificação e estratificação do risco pré-operatório e a vigilância de complicações pós-operatórias, são essenciais para o sucesso do manejo anestésico.

Palavras-chave: Acometimento sistêmico, Esclerodermia, Esclerose Sistêmica.

REFERÊNCIAS

1. Gómez-Ríos MA, Gaitini L, Matter I, Somri M. Guidelines and algorithms for managing the difficult airway. Rev Esp Anestesiol Reanim. 2018;65(1):41-8. PMID:29031661.
2. Bertazzi GR, de Toledo RA, de Godoy MF, et al. Skin manifestation in systemic sclerosis. Acta Reumatol Port. 2010;35(2):184-90. PMID:20711093.

1330 CONDUÇÃO ANESTÉSICA DE PRIMIGESTA COM DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA (DPP) GRAVE, ÓBITO FETAL E COAGULOPATIA EM HOSPITAL SECUNDÁRIO: RELATO DE CASO

ALICE FREITAS MACEDO, FABIO KENJI SUGAWARA, GUILHERME POMPEI TAFNER, LARA MENDES BRANDAO, LEONARDO DE FREITAS NASCIMENTO

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

Introdução: O Descolamento Prematuro de Placenta (DPP) apresenta pico entre a 24ª e 26ª semana de gestação. De diagnóstico clínico, com dor abdominal, sangramento, taquissistolia e hipertonia uterina. Nos quadros mais graves, o manejo anestésico é complexo pelas complicações associadas como choque hipovolêmico, coagulopatia de consumo e alta morbimortalidade materno-fetal. **Relato do caso:** V.B.H.M, 21 anos, primigesta, 31 semanas de gestação, sem comorbidades, diagnosticada com pré-eclâmpsia ao final do segundo trimestre, comparece à emergência de hospital secundário com sangramento vaginal, dor abdominal, hipertonia uterina e batimento cardíaco fetal inaudível. Diagnosticado descolamento prematuro de placenta, óbito fetal e encaminhada para indução de via baixa. Exames constataram hemoglobina 9.8 g/dL, INR 1.69, plaquetas 71.000/mm³, fibrinogênio 30 mg/dL. Evoluiu com piora do sangramento e foi optado por cesariana de emergência sob anestesia geral. Puncionados dois acessos calibrosos e realizada indução anestésica com fentanil 250 mcg, propofol 100mg e rocurônio 50 mg. No intraoperatório, administrado 3.000 ml de cristalóides, 1g de ácido tranexâmico, 3 concentrados de hemácias, 3 plasmas frescos congelados e 10 unidades de crioprecipitado. Foram solicitadas mais 2 unidades de plasma fresco congelado e 6 unidades de plaquetas. Após dequitação e retirada de múltiplos coágulos, foi feito 20UI de ocitocina e 800 mcg de misoprostol retal por hipotonia uterina. Anestesia de 3 horas e 15 minutos, sem necessidade de drogas vasoativas, extubação em sala e diurese de 75 ml. Encaminhada à UTI, com exames do pós-operatório: hemoglobina de 8.8 g/dl, INR 1.18, plaquetas 28.000/mm³, fibrinogênio 216 mg/dl. No primeiro dia pós-operatório, foram administrados 3 concentrados de plaquetas. No segundo dia, a paciente seguiu em ar ambiente, estável hemodinamicamente e sem novos sangramentos, hemoglobina 8.3 g/dl, INR 1.13, plaquetas 63.000/mm³, creatinina 0.69 mg/dl e ausência de marcadores de hipoperfusão tecidual. **Discussão:** A hemorragia pós-parto é a principal causa de mortalidade materna no mundo. Além da dificuldade de diagnosticar o choque devido às mudanças fisiológicas da gestação, o desenvolvimento da coagulopatia no DPP é rápido, principalmente o consumo de fibrinogênio, agravando o prognóstico. As condições ideais de tratamento frequentemente não estão disponíveis. Assim, mostra-se crucial o trabalho conjunto das equipes de obstetria e anestesiologia e um tempo-resposta efetivo do banco de sangue, impactando diretamente os desfechos.

Palavras-chave: Descolamento prematuro de placenta, Coagulopatia, Transfusão maciça na gestação.

REFERÊNCIAS

1. Banayan JM, Hofer JE, Scavone BM. Antepartum and postpartum hemorrhage. In: Chestnut DH, Wong CA, Tsen LC, et al., editores. Chestnut's Obstetric Anesthesia: principles and practice. 6. ed. Philadelphia: Elsevier; 2020. p. 901-36.
2. Flood P, Rollins MD. Anesthesia for Obstetrics. In: Miller RD, Eriksson LI, Wiener-Kronish JP, et al., editores. Miller's Anesthesia. 8. ed. Stockholm: Editora Elsevier; 2018. p. 6786-876.

1333 NEUROMIELITE ÓPTICA PÓS RAQUIANESTESIA EM CESÁREA ELETIVA: UM RELATO DE CASO

ISABELLA CAETANO DANTAS, ANDREI DE CAMARGO CAROTTI, GABRIELA CHIODINI BERTO, GUSTAVO FELLONI TSUHA, LUIZ TSUHA JÚNIOR

UNIVERSIDADE DE ARARAQUARA, ARARAQUARA, SP, BRASIL

Introdução: A anestesia subaracnóidea é um procedimento muito utilizado em cesáreas eletivas, visto que complicações neurológicas graves são raras, ocorrendo em cerca de 0,005% a 0,007% dos pacientes. Dentre as doenças neurológicas, a neuromielite óptica (NMO) é uma patologia desmielinizante autoimune, sua manifestação clínica ocorre como mielite longitudinalmente extensa (MTLE) e os critérios diagnósticos utilizados são de neurite óptica (NO) e anti-AQP4 positivo. Assim, foi iniciada investigação sobre o desenvolvimento da NMO após cesárea, visto que existem poucos relatos na literatura. **Relato de caso:** Paciente feminina, secundigesta, 39 anos, hipertensa gestacional, admitida para cesárea eletiva. Cirurgias anteriores e atual sem intercorrências, alta com 48h de P.O., no mesmo dia da alta ocorre sequência progressiva e aditivas dos sintomas de dor lombar intensa, parestesia e hipoestesia em membros inferiores e períneo, somado a retenção urinária, paraparesia importante com necessidade de apoio, e nos dias subsequentes, evoluindo com espasmos tônicos, paraplegia completa associada incontinência urinária, retenção fecal e anestesia na altura de T8. Investigação inicial sugestiva de mielite transversa (MT), mas em seguimento em centro de referência fechou diagnóstico de NMO com lesões craniais, MTLE e anti-AQP4 positivo. Além de pulsoterapia com metilprednisolona, foram realizadas sessões de plasmaférese, pulsoterapia com ciclofosfamida e infusões semestrais de rituximabe. Hoje, a paciente encontra-se em reabilitação com fisioterapia, com melhora e otimismo da neurologia e fisioterapia. **Discussão:** A NMO é normalmente confundida com esclerose múltipla (EM), mas é mais grave e incapacitante que a EM clássica, tais fatos foram corroborados através dos exames que mostram lesões preenchendo o critério de McDonald de disseminação espacial e temporal para EM, mas devido às características relativas a MTLE e acometimento quiasmático, além da do anti-AQP4 positivo, sugere-se o diagnóstico de NMO que cursa com MTLE e NO. Portanto, no caso da paciente, como apresenta história familiar de EM, notam-se fatores predisponentes para o desenvolvimento de doenças inflamatórias autoimunes.

Palavras-chave: Raquianestesia, Neuromielite, Cesárea.

REFERÊNCIAS

1. Athayde VHF, Lima TMAB, Andrade GM, et al. Mielite Transversa Aguda: repercussões clínicas e atualidades. Braz J Health. 2021;4(6):29174-90.
2. Kitazaki Y, Ueno A, Maeda K, et al. A case of longitudinally extensive transverse myelitis with an isolated pontine lesion following epidural and spinal anesthesia for cesarean section. eNeurologicalSci. 2020;21:100264. <http://doi.org/10.1016/j.ensci.2020.100264> PMID:32885056.

1335 ANALGESIA PALIATIVA VIA CATETER PERINEURAL EM NERVO FEMORAL PARA TUMOR DE PARTES MOLES EM COXA: UM RELATO DE CASO

RAFAEL DOS SANTOS CRUZ VERAS, FREDERICO BIRCHALL BICUDO, PEDRO HENRIQUE MARRA SMOLKA

UNIFESO, TERESÓPOLIS, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

Introdução: Tumores de partes moles podem apresentar a dor intensa como um dos sintomas mais desafiadores devido ao possível acometimento estrutural nervoso. Diversas medidas medicamentosas podem ser usadas no manejo conservador até a resolução cirúrgica, porém casos paliativos onde não há o devido manejo da dor, os pacientes podem persistir com dor intensa durante todo período de palição. A anestesia regional e a dor intervencionista buscam a cada dia métodos e ferramentas para mitigar a dor e melhora da qualidade da palição desses pacientes. **Relato de caso:** Paciente H.M, sexo masculino, 95 anos, ASA III. Interna em enfermaria de clínica médica por quadro de rebaixamento de nível de consciência e dor intensa em lesão de partes moles em terço médio de coxa direita. Durante internação a equipe de anestesia foi chamada para avaliação do quadro algico, onde inicialmente foi realizado bloqueio de nervo femoral guiado por ultrassonografia, com ropivacaína 0,5% 15 ml, obtendo melhora comportamental e de solicitações sobre analgesia do paciente. Após biópsia da lesão pela equipe da cirurgia geral foi definido palição para o paciente. Como método de controle da dor, foi instalado pela equipe da anestesiologia, cateter perineural número 18 em nervo femoral guiado por ultrassonografia. A estratégia utilizada foi a passagem do cateter com a introdução de 10 cm cranialmente para que durante a injeção, o plexo lombar fosse bloqueado com o objetivo de englobar o nervo obturador. Após o posicionamento adequado, doses de ropivacaína 0,5% 12 ml foram administradas a cada 8 horas obtendo melhora da dor e possibilitando conforto, diminuição da agitação do paciente durante sua internação. Com dois dias de acompanhamento e sem queixas algicas, o paciente evolui para óbito com as devidas medidas proporcionais ao caso. **Discussão:** A dor é um sintoma que gera morbidade, agitação, desconforto e apreensão para o paciente e familiares. No caso deste relato, o paciente sofria com dor há meses e após definida a palição, foi necessário intervenção para manejo da dor e assim garantir conforto e dignidade nos seus últimos momentos. Visando uma analgesia completa e eficiente a estratégia de instalar o cateter cranialmente possibilitou êxito com melhora comportamental e verbal da dor do paciente, proporcionando assim um fim de vida sem dor e digno para ele e seus familiares.

Palavras-chave: Analgesia Paliativa, Dor, Cateter Perineural.

REFERÊNCIAS

1. Jutzi H, Blumehthal S, Borgeat A. Ropivacaine 0.5% administered via a femoral catheter: is the obturator nerve also blocked? Can J Anaesth. 2006;53(1):109-10. <http://doi.org/10.1007/BF03021541> PMID:16371623.

1336 CONDUTA EM CEFALEIA PROLONGADA PÓS-PUNÇÃO LOMBAR RELATO DE CASO

KAROLYNNE MYRELLY OLIVEIRA BEZERRA DE F. SABOIA, CYNARA KAROLINA RODRIGUES DA CRUZ, FABRÍCIO TAVARES MENDONÇA, JUSSYANNE MARIA LEITE BRAGA, RAMON MAGRO FERREIRA

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

Introdução: A cefaleia pós-punção dural (CPPD) apresenta incidência de 0,4% a 70%, a depender dos fatores de risco associados. É confirmada após a exclusão de outras causas de cefaleia, sendo o *Blood Patch* (BP) a terapia utilizada em quadros mais intensos e duradouros. **Relato de caso:** L.V.M.T., 31 anos, sexo feminino, professora, sem comorbidades ou alergias. Relata cefaleia de forte intensidade, que iniciou há 3 meses, nas primeiras 24 horas após raquianestesia para safenectomia. A dor tinha característica em opressão, mais acentuada em região fronto-temporal à direita, piora ao assumir a posição ortostática e aos esforços, com melhora completa ao decúbito, prejudicando as atividades de vida diária. Encontrava-se em uso de analgésicos, sem melhora significativa. Após 3 meses e diversas tentativas de atendimento sem resolução, procurou este serviço, onde através de anamnese, exame clínico e exames de imagem, foi levantada a hipótese de CPPD. A paciente foi encaminhada ao centro cirúrgico para realização de BP, com monitorização padrão. Sucedeu-se a sedação com midazolam 2 mg e fentanil 50 mcg, oxigênio suplementar e posicionamento em decúbito lateral direito. Realizada venóclise, sob assepsia e antisepsia. Concomitantemente, foi feita punção peridural nos níveis L3-L4, técnica de Dogliotti e injeção de 12 ml de sangue autólogo, sem intercorrências. Em seguida, a paciente foi encaminhada à SRPA, referindo melhora completa da dor. Após 15 dias houve retorno da cefaleia, em menor intensidade, holocraniana, ao levantar-se, sendo indicado novamente o procedimento, tecnicamente semelhante ao anterior, porém com 20 ml de sangue, dessa vez obtendo melhora definitiva dos sintomas. **Discussão:** A CPPD tem caráter autolimitado na maioria dos casos, porém a paciente em questão evoluiu com cronificação. Apresenta a hipotensão líquórica como consequência do vazamento de líquido, ocasionando a tração de estruturas sensíveis, provocando dor e outros possíveis sintomas. Alguns fatores modificam a incidência da CPPD, como número de tentativas de punções, sexo, idade, calibre e tipo de agulha utilizada. Medidas iniciais para o controle são repouso relativo, hidratação e analgésicos. São opções no tratamento o bloqueio esfenopalatino e o BP, sendo este o mais eficaz para a resolução definitiva dos sintomas. O volume de sangue injetado no espaço peridural influencia no sucesso. Em menores quantidades aumenta o risco de alívio apenas parcial dos sintomas e em maiores dores nas costas.

Palavras-chave: Cefaleia Pós-Punção Dural, Blood Patch, Complicações em Anestesia.

REFERÊNCIAS

1. Turnbull DK, Shepherd DB. Post-dural puncture headache: pathogenesis, prevention and treatment. *Br J Anaesth.* 2003;91(5):718-29. <http://doi.org/10.1093/bja/aeg231> PMID:14570796.
2. Gaiser RR. Postdural puncture headache: an evidence-based approach. *Anesthesiol Clin.* 2017;35(1):157-67. <http://doi.org/10.1016/j.anclin.2016.09.013> PMID:28131118.

1337 SCALP BLOCK PARA REALIZAÇÃO DE SUTURA EXTENSA DE FERIDA DE COURO CABELUDO EM PACIENTE DE TRAUMA CERVICAL EM USO DE COLAR CERVICAL: UM RELATO DE CASO

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

UNIFESO, TERESÓPOLIS, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

Introdução: O manejo anestésico de grandes lacerações sempre foi um desafio para o profissional de saúde. A anestesia local é fundamental para a realização de suturas e resolução dos casos com menor estímulo algóico possível. Entretanto, em regiões de difícil bloqueio ou em extensas feridas, como em couro cabeludo, surgem grandes desafios com receio importante quanto a eficácia da anestesia e o limite da dose tóxica. Técnicas anestésicas devem ser utilizadas para conseguir obter um resultado seguro e resolutivo. O bloqueio de couro cabeludo (SCALP BLOCK) é a técnica que será relatada e discutida neste relato. **Relato de caso:** Paciente J.L.M, sexo masculino, 71 anos, ASA II, foi levado a unidade hospitalar devido a trauma por auto contra anteparo fixo, com colar cervical e identificado durante avaliação fratura de lâmina posterior de sexta vertebra cervical e extensa lesão em couro cabeludo. Sem outras alterações. No centro cirúrgico paciente afirma jejum de mais de 12 horas, confirmado com POCUS gástrico, porém por apresentar preditores de via aérea difícil foi definida estratégia anestésica com sedação leve e bloqueio de couro cabelo (SCALP BLOCK). Iniciado dose de ataque de dexmedetomidina 0,5mcg/kg e mantendo infusão de 0,3mcg/kg/h e associado propofol em TCI com alvo de 0,7 µg/ml mantendo paciente em RASS -1. O bloqueio foi realizado bilateralmente com ropivacaína 0,75% com volume de 3 ml em cada ponto: Nervo Supraorbital, N. Zigomácticotemporal, N. Auriculotemporal, N Occipital Menor e N. Occipital Maior. O bloqueio foi testado com paciente acordado e após foi liberado para o procedimento que ocorreu com segurança e sem dor. Ao final, paciente permanece totalmente acordado e estável, sendo liberado para setor de recuperação anestésica. **Discussão:** Por apresentar dificuldade técnica e limiar de toxicidade alta, a equipe do cirúrgica optou pela realização da sutura no centro cirúrgico visando maior segurança. Devido ao trauma cervical houve um desafio no manejo da via aérea pela equipe anestésica, sendo decido pela técnica de anestesia regional e sedação leve, gerando o resultado adequado para o caso. O conhecimento da técnica minimizou a morbidade da anestesia gerando qualidade e segurança. O procedimento poderia ser realizado no pronto-socorro em caso de conhecimento pela equipe de atendimento inicial, diminuído o fluxo e o custo hospitalar.

Palavras-chave: SCALP BLOCK, Sutura, Trauma

REFERÊNCIAS

1. Osborn I, Sebeo J. "Scalp block" during craniotomy: a classic technique revisited. J Neurosurg Anesthesiol. 2010;22(3):187-94. <http://doi.org/10.1097/ANA.0b013e3181d48846> PMID:20479675.
2. Bevenuto BB, Rufo ALZ, Souza LKR, et al. Analgesia em pacientes submetidos à craniotomia: novas evidências para o alívio da dor. Braz J Health. 2023;6(2):6522-32. .. <http://doi.org/10.34119/bjhrv6n2-166>.

1338 PSEUDOCOLINESTERASE ATÍPICA EM PACIENTE SUBMETIDO A CIRURGIA DE URGÊNCIA

GIOVANNA COSTELLA CALABRESE, ANDRE LUIS SALAI PEREIRA, DURVAL RABBONI JUNIOR, JOAQUIM EDSON VIEIRA, TIAGO WATANABE YAO

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

Introdução: Succinilcolina, usada na intubação rápida, tem curta duração (10-15 minutos; 1 mg.kg-1) dada sua hidrólise pela pseudocolinesterase no plasma, cuja deficiência congênita provoca bloqueio neuromuscular (BNM) prolongado. **Relato do caso:** Homem, 78 anos, HAS, DRC não dialítica, com indicação de colecistectomia laparoscópica de urgência. Estável hemodinamicamente, eupneico em AA, alerta e orientado. Histórico de raqui-anestesia e sedação sem intercorrências. Monitorado, recebeu Midazolam 2 mg, Propofol 1,5 mg.kg-1, Fentanil 5 mcg.kg-1 e Succinilcolina 1 mg.kg-1 intravenosos (IV). Manutenção da anestesia com Propofol e Remifentanil contínuos. BNM com Cisatracúrio 10 mg e dose adicional de 4 mg 30 minutos antes do final da cirurgia. Reversão do BNM com Neostigmina 2,5 mg e Atropina 1 mg (IV). Após 60 minutos do final da anestesia, o paciente não apresentava esforço respiratório, com BIS entre 75-85, PA e FC elevadas. Esboçava movimentos oculares, mas não abria os olhos nem movimentava membros ao comando verbal. Retomada a sedação IV. O monitor de BNM indicou bloqueio moderado (TOF=1) que persistiu por duas horas. Nesse intervalo, administraram-se flumazenil e naloxona. Foram verificados os níveis de glicemia (42 mg. dL-1, corrigida) e de gasometria venosa (sem alterações). Teste do número dibucaína e dosagem de colinesterase plasmática indisponíveis. Análises seriadas do TOF sem melhor resposta. Após sete horas da administração de succinilcolina, TOF indicou bloqueio moderado (TOF=3). Tipagem sanguínea permitiu solicitar quatro unidades de plasma fresco congelado (PFC). Exame neurológico não revelou anormalidades e TC de crânio e angioTC (arterial cervical e intracraniana) não mostraram sinais de lesão. Após transfusão de PFC, TOF mostrou T4/T1=0,37. O paciente foi encaminhado para a UTI entubado, e após 24 horas do BNM com Succinilcolina, novo TOF mostrou T4/T1>0,9. Extubação promovida com sucesso. Dosagem de colinesterase plasmática de 3951 U/L confirmou o diagnóstico de pseudocolinesterase atípica (VR 4389 a 10928 U/L). **Discussão:** A recuperação do bloqueio neuromuscular causado pela succinilcolina tem padrão de resposta com estimulação elétrica distinto de bloqueadores adespolarizantes. A razão entre T4 e T1 é 1,0 sem o fenômeno de fadiga. Em portadores da pseudocolinesterase atípica, é comum a fadiga, mimetizando o bloqueio de fase 2, prolongado (4 a 8 horas) se a mutação é homocigótica. Seu antagonismo complexo reforça as Diretrizes pelo uso da monitorização objetiva.

Palavras-chave: Bloqueio Neuromuscular, Pseudocolinesterase Atípica, Succinilcolina.

REFERÊNCIAS

1. Wong P, Ashby O. Monitoring and antagonism of Neuromuscular Blockade: problems with Succinylcholine. *Anesthesiology*. 2023;139(5):712-4. <http://doi.org/10.1097/ALN.0000000000004705> PMID:37702620.
2. Thilen SR, Weigel WA, Todd MM, et al. 2023 American Society of Anesthesiologists practice guidelines for monitoring and antagonism of Neuromuscular Blockade: a report by the American Society of Anesthesiologists Task force on Neuromuscular Blockade. *Anesthesiology*. 2023;138(1):13-41. <http://doi.org/10.1097/ALN.0000000000004379> PMID:36520073.

1347 ANESTESIA EM PACIENTE COM SÍNDROME DE CORNÉLIA DE LANGE: RELATO DE CASO

LARISSA DE ALMEIDA NUNES, CAIO ALVES LEMOS, JOÃO PAULO CANDIDO NASCIMENTO E SILVA, KARINE LUIZA OLIVEIRA ROSA, PEDRO ANTONIO CANEVAROLLO DE LIMA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CATALÃO - HOSPITAL NASR FAIAD, CATALÃO, GO, BRASIL

Introdução: A síndrome de Cornélia de Lange é uma patologia genética heterogênea e rara, com prevalência entre 1 em 10000 e 1 em 30000 nascidos vivos. Caracteriza-se por ter um padrão esporádico, em 99% dos casos, e padrão genético de herança autossômica dominante, em 1% dos casos. Os genes envolvidos são: NIPBL, SM1CA e SMC3. Os indivíduos portadores da síndrome apresentam malformação multissistêmica, tais como: anormalidades faciais (arcos orbitais, narinas antevertidas, boca em "carpa", ponte nasal deprimida, palato arqueado, micrognatia), pescoço curto, restrições de crescimento intrauterino e retardo de crescimento. O diagnóstico é realizado por achados clínicos, assim como identificação de um patógeno heterozigoto variante em NIPBL, RAD21 ou SMC3, ou uma variante homozigoto patogênica em HDAC8, ou SM1CA. **Relato de caso:** Paciente masculino, 8 anos, portador da Síndrome de Cornélia de Lange, negou outras comorbidades e cirurgias prévias, em acompanhamento com o serviço gastroenterologia para controle de esofagite eosinofílica. Foi submetido ao procedimento de Endoscopia Digestiva Alta (EDA), no qual a equipe de anestesiologia foi solicitada para sedoanalgesia e acompanhamento do procedimento. Optou-se por sedação com cetamina, propofol e dexmedetomidina, a fim de antagonizar efeitos deletérios mútuos. O paciente permaneceu sob ventilação espontânea em uso de cateter nasal com oxigênio a 2 l/min com monitorização eletrocardiográfica, oximetria de pulso e pressão arterial não invasiva. Minimizou a possibilidade de depressão respiratória, sialorréia e depressão cardiovascular ao titular a dose das medicações utilizadas na sedação, assim depreciando a necessidade de intubação em virtude de potencial via aérea difícil. O procedimento durou cerca de 10 minutos, posteriormente o paciente recebeu alta duas horas após a finalização do procedimento, sem intercorrências durante e após a EDA. **Discussão:** A abordagem anestésica em indivíduos diagnosticados com Síndrome de Cornélia de Lange demanda cuidados significativos, sobretudo no que se refere à avaliação pré-anestésica, o manejo da via respiratória, bem como a atenção durante o procedimento cirúrgico no que concerne à administração de medicamentos. Uma vez que, os pacientes portadores da síndrome possuem alterações anatômicas das vias áreas que interferem nos procedimentos anestésicos. Soma-se a isso a escassez de trabalhos científicos sobre o manejo anestésico nos pacientes com essa síndrome.

Palavras-chave: Síndrome de Cornelia Lange, Anestesia.

REFERÊNCIAS

1. Mannini L, Cucco F, Quarantotti V, Krantz ID, Musio A. Mutation spectrum and genotype-phenotype correlation in Cornelia de Lange syndrome. Hum Mutat. 2013;34(12):1589-96. <http://doi.org/10.1002/humu.22430> PMID:24038889.
2. Kline AD, Moss JF, Selicorni A, et al. Diagnosis and management of Cornelia de Lange syndrome: first international consensus statement. Nat Rev Genet. 2018;19(10):649-66. <http://doi.org/10.1038/s41576-018-0031-0> PMID:29995837.

1349 CONDUTA ANESTÉSICA EM CORREÇÃO DE HÉRNIA MORGAGNI EM ADULTO

CAROLINA KOVALESKI DE SOUZA, CAROLINA BAETA NEVES DUARTE FERREIRA, DIEGO MARCELO MAY, DINA MIE HATANAKA, KAREN FERNANDA FIGUEIREDO BITAR

CET EM ANESTESIOLOGIA DO HOSPITAL MORIAH - HOSPITAL SEDE: REDE MORIAH SAÚDE LTDA, SÃO PAULO, SP, BRASIL

Introdução A hérnia de Morgagni é uma comunicação entre a cavidade abdominal e torácica podendo apresentar conteúdo herniário. Geralmente assintomática, tem incidência de 2 a 4% dentre as hérnias diafragmáticas congênitas e é diagnosticada acidentalmente em exames de imagem. **Relato de Caso** Homem, 39 anos, foi submetido a abordagem de hérnia de Morgagni à direita pela equipe de cirurgia torácica e geral. Apresentava-se assintomático, porém uma tomografia de tórax evidenciou hérnia diafragmática paramediana contendo saco herniário que determinava deformidade sobre ventrículo direito e atelectasia restritiva do parênquima pulmonar adjacente do lobo médio. O procedimento foi realizado sob anestesia venosa total (propofol, succinilcolina, remifentanil, rocurônio e cetamina); intubação em sequência rápida com tubo endobronquial duplo lúmen seletivo à esquerda; monitorização básica, BIS e pressão arterial invasiva em artéria radial direita associada a monitor de débito cardíaco. Foi realizada videotoracoscopia para análise de aderências de volumoso saco herniário composto pelo cólon transversal e omento que estavam aderidos ao pericárdio, veia pulmonar inferior direita, vasos torácicos internos, veia cava superior e nervo frênico. Em seguida, reparação do diafragma sob laparoscopia robótica com redução e liberação dos conteúdos herniários, na qual foi observada alteração em padrão de capnografia que normalizou ao final do reparo. A cirurgia transcorreu sem intercorrências, o paciente foi mantido sob ventilação protetora e não apresentou instabilidade hemodinâmica. Foi extubado ao final do procedimento, permaneceu eupneico em ar ambiente e após a alta da recuperação pós-anestésica, foi encaminhado para pós-operatório imediato em enfermaria. **Discussão** A hérnia diafragmática congênita é mais comumente abordada em crianças, as quais apresentam síndromes clínicas e relativa urgência na abordagem. Quando em adultos, apesar da identificação ocorrer principalmente de forma oligo ou assintomática, o tratamento é indicado para evitar complicações relacionadas ao encarceramento da hérnia. A alteração observada na curva de capnografia demonstra dificuldade na expiração do gás alveolar decorrente da presença do saco herniário ainda não ter sido reduzido da cavidade torácica do paciente. Assim que o conteúdo intratorácico voltou à cavidade abdominal e o defeito diafragmático foi resolvido, a curva de capnografia voltou a exibir-se de forma vista em ventilações sadias.

Palavras-chave: Capnografia, Hérnia de Morgagni.

REFERÊNCIAS

1. Longoni M, Pober BR, High FA, et al. Congenital diaphragmatic hernia overview. In: Adam MP, Feldman J, Mirzaa GM, et al., editores. GeneReviews®. Seattle: University of Washington; 2020.
2. Souza JM, Surek J, Corrêa PC. Tratamento videotoracoscópico da Hérnia de Morgagni de apresentação tardia. Relatos Casos Cir. 2019;5(3):e2298. <http://doi.org/10.30928/2527-2039e-20192298>.

1350 BLOQUEIO COSTOCLAVICULAR PARA CIRURGIA DE ÚMERO PROXIMAL EM PACIENTE PNEUMOPATA GRAVE UM RELATO DE CASO

CAROLINA KOVALESKI DE SOUZA, ALICE JIMENEZ KOYAMA, CAROLINA BAETA NEVES DUARTE FERREIRA, DINA MIE HATANAKA, KAREN FERNANDA FIGUEIREDO BITAR

CET EM ANESTESIOLOGIA DO HOSPITAL MORIAH - HOSPITAL SEDE: REDE MORIAH SAÚDE LTDA, SÃO PAULO, SP, BRASIL

Introdução: Em cirurgias de ombro e úmero proximal, a técnica anestésica tradicional seria o bloqueio de plexo braquial via interescalênica. Em pacientes com alto risco de complicações respiratórias sua utilização é limitada pela chance de bloqueio de nervo frênico e consequente hemiparesia diafragmática, sendo a dispneia o principal sintoma. Uma alternativa para solucionar essa questão é o bloqueio costoclavicular.

Relato de caso: Mulher, 74 anos, obesa, portadora de HAS, DM2 e DPOC moderado a grave (SatO₂ 90% AA), história de CA de mama, esvaziamento axilar e quimioterapia a esquerda. Apresenta fratura de úmero proximal após queda da própria altura, com indicação de intervenção cirúrgica. Na avaliação pré-anestésica, apresentava-se com queda de SatO₂ para 86%, com necessidade de CNO₂ 1L por minuto; realizada otimização pré-operatória com corticoide, tiotrópio, VNI e fisioterapia respiratória. Buscando poupar o nervo frênico, realizada anestesia geral venosa total associada com bloqueio periférico via costoclavicular com uso de USG (ropivacaína 0,5% 20 ml). Sinais vitais se mantiveram estáveis com uso mínimo de opioides e manteve bom padrão respiratório durante todo o procedimento. Extubada em sala e encaminhada a leito de semi-intensiva, onde manteve padrão respiratório e bom controle algico até alta hospitalar. **Discussão:** Apesar de existirem técnicas que buscam reduzir a incidência de bloqueio frênico na abordagem interescalênica, os quais falham na redução de riscos para menos de 20%. O bloqueio costoclavicular tem sido demonstrado como uma boa opção para analgesia de procedimentos proximais, com mínima chance de acometimento de nervo frênico. No espaço costoclavicular os cordões do plexo braquial se encontram mais próximos e tipicamente laterais à artéria axilar; com o braço abduzido e a cabeça virada levemente para contralateral; o transdutor é posicionado paralelamente a linha média da clavícula e caudal à mesma. Utiliza-se a técnica em plano, com visualização do trajeto da agulha de medial para lateral; volumes a partir de 20 ml foram descritos como efetivos.

Palavras-chave: Anestesia regional.

REFERÊNCIAS

1. El-Boghdady K, Chin KJ, Chan VWS. Phrenic nerve palsy and regional anesthesia for shoulder surgery: anatomical, physiologic, and clinical considerations. *Anesthesiology*. 2017;127(1):173-91. <http://doi.org/10.1097/ALN.0000000000001668> PMID:28514241.
2. Cummings KC, Farag E. Infraclavicular block. In: Farag E, Mounir-Soliman L, Brown DL. *Brown's Atlas of Regional Anesthesia*. 6. ed. Philadelphia: Elsevier; 2021. p. 59-68.

1352 AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO DIAFRAGMÁTICA POR ULTRASSONOGRAFIA EM COLECISTECTOMIAS VIDEOLAPAROSCÓPICAS: UMA SÉRIE DE CASOS.

GABRIEL TRAJANO PETRY, GUSTAVO HENRIQUE MEURER, LUANA PREVEDELLO SIGANSKI, MARCOS LAZARO LOUREIRO

HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS, FLORIANÓPOLIS, SC, BRASIL

Introdução: A colecistectomia videolaparoscópica (CVLs) é reconhecida por sua eficácia e menor invasividade, no entanto, pode afetar a mobilidade diafragmática, crucial para a recuperação respiratória. Estudos recentes demonstram sucesso consistente na identificação da excursão diafragmática, através da ultrassonografia, superando limitações de métodos anteriores¹. **Objetivo:** investigar a possibilidade de identificar alterações na mobilidade diafragmática após CVLs por meio de ultrassonografia. **Método:** Após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos (CEP) e a obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foi conduzido um estudo piloto no formato de série de casos para avaliar a frequência de disfunção diafragmática em pacientes submetidos a CVLs. Utilizando uma sonda linear de 10 a 12 MHz posicionada na linha médio-axilar para identificar a Zona de Aposição do Diafragma (ZOA), registraram-se as distâncias entre os pontos marcados na pele no final da inspiração e expiração para medir a excursão diafragmática¹. Paresia foi diagnosticada quando houve uma redução na excursão superior a 70%, enquanto ausência total de movimento foi classificada como paralisia diafragmática. Além disso, foram coletados dados de saturação periférica de oxigênio (SpO₂) antes da indução e na Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA). A análise estatística foi realizada utilizando o software RStudio e o método de Wilcoxon signed-ranks test para comparação dos resultados. **Resultados:** Os resultados estão apresentados nas Tabelas 1 e 2. Considerando um erro α de 0,05 e um erro β de 0,05 ($1-\beta = 0,95$), serão necessários 30 participantes para detectar uma diferença na excursão diafragmática, levando em consideração um risco de perda de segmento de 20%, conforme cálculo realizado com o software G*Power 3.1.9.4. **Conclusão:** Foi identificada uma redução na SpO₂ na SRPA, embora sem significância clínica. No entanto, foi possível determinar o tamanho amostral necessário para investigar alterações na mobilidade diafragmática em CVLs.

Referência: 1. Da Conceicao D, Perlas A, et al. Validation of a novel point-of-care ultrasound method to assess diaphragmatic excursion. Reg Anesth Pain Med. 2023 Nov 8; rapm-2023-104983.

Palavras-chave: Ultrassonografia.

REFERÊNCIAS

1. Da Conceicao D, Perlas A, Arango LG, et al. Validation of a novel point-of-care ultrasound method to assess diaphragmatic excursion. Reg Anesth Pain Med. 2023;Nov 8:rapm-2023-104983. ... <http://doi.org/10.1136/rapm-2023-104983>.

1355 AMPUTAÇÃO DA PONTA DO CATETER EM PERIDURAL TORÁCICA

BRENDA RIBEIRO GIRÃO PAPA, CLAUDIO LUIS DA FONSECA, CRISTINI ANGÉLICA ALVES CARNEIRO, JOSÉ EDUARDO DE OLIVEIRA LOBO, JULIANA PERDIGAO CERQUEIRA

CET SERV.ANEST.TRAUMA E EMERGÊNCIA RJ - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL GERAL DE NOVA IGUAÇU, NOVA IGUAÇU, RJ, BRASIL

Introdução: A anestesia peridural contínua possui extensa aplicabilidade clínica, mas apresenta riscos inerentes ao procedimento, tais como punção subaracnóidea, hematoma e ruptura do cateter. Este apesar de raro, pode causar irritação radicular, infecção e estenose lombar. **Apresentação:** G.P.S, 69 anos, ASA II, sobrepeso, etilismo, cifose torácica e escoliose importantes, programada para colecistectomia aberta por colelitíase. Iniciado com midazolam 3 mg e fentanil 50 mcg IV. Peridural realizada em DLD, técnica antisséptica e infiltração de lidocaína 2% em planos. Optado por punção peridural mediana em T11-T12, com agulha de Tuohy 18G, Dogliotti positivo, liquor ou sangue ausentes, injeção de ropivacaína à 0,3% (12 ml). Passagem de cateter apresentou resistência, sendo retirado e reintroduzido, contudo, mantendo resistência, optado por retirada do conjunto cateter-agulha. Então, percebeu-se ruptura da ponta do cateter de 1 cm. Prosseguido com anestesia geral, sem intercorrências e alta para enfermaria sem queixas, em Aldrete 10. Realizado TC sem contraste de coluna vertebral para localização do cateter, não identificado fragmento, e, após discutir com equipe de anestesia, neurocirurgia e radiologia, optado por conduta conservadora. Paciente acompanhada diariamente, negando sinais e sintomas compatíveis com complicação, com alta hospitalar no 11º DPO após orientações. **Discussão:** Ruptura de cateter peridural é uma rara complicação, porém é essencial o conhecimento dos riscos e das recomendações mais estabelecidas nesses casos. Quanto à prevenção, orienta-se progressão de até 5 cm do cateter no espaço peridural, pois maior extensão acarreta mais chances de acotovelamento, formação de nós ou enlaçamento de raiz nervosa. Além disso, a retirada deve ser feita preferencialmente em decúbito lateral e não deve realizar movimento de retirada do cateter quando esse ainda estiver no interior da agulha de Tuohy. Já no tocante à conduta, deve realizar acompanhamento em conjunto com neurologia para investigação de déficits neurológicos e exame de imagem para identificação do fragmento. Na maioria dos casos, recomenda-se conduta conservadora. Contudo, deve ser realizada laminectomia para retirada do cateter se surgirem sintomas neurológicos, se localização do cateter no interior do espaço subaracnóidea ou quando estiver emergindo da pele. Desse modo, a conduta adotada está em acordo com as recomendações estabelecidas na literatura.

Palavras-chave: Anestesia Epidural, Eventos adversos, Cateter.

REFERÊNCIAS

1. Pozza DH, Tavares I, Cruz CD, Fonseca S. Lesão da medula espinhal e complicações relacionadas a procedimentos de anestesia neuraxial: uma revisão sistemática. Int J Mol Sci. 2023;24:4665. <http://doi.org/10.3390/ijms24054665> PMID:36902095.
2. Reena VA. Fratura de cateter epidural: um relato de caso e revisão da literatura. Saudi J Anaesth. 2017;11(1):108-10. <http://doi.org/10.4103/1658-354X.197359> PMID:28217068.
3. Campos MG, Peixoto AR, Fonseca S, Santos F, Pinho C, Leite D. Avaliação das principais complicações da anestesia regional registradas em uma unidade de dor aguda em um hospital universitário terciário: uma coorte retrospectiva. Rev Bras Anesthesiol. 2022;7(2):605-13. <http://doi.org/10.1016/j.bjane.2021.03.011> PMID:33887339.

1357 RELATO DE CASO DE MANEJO ANESTÉSICO NO TRATAMENTO DE LARINGOMALÁCIA EM LACTENTE

DEBORAH RAVENNA CHAVES BRAINER DE BRITTO, DAVID FERREZ, JOAO DA CRUZ CARVALHO MOURA FILHO, MARCELA DE BARROS FLEX CUNHA

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

Introdução: O manejo anestésico de lactentes submetidos a cirurgia para correção de laringomalácia é um desafio, haja vista suas particularidades.¹ A Laringomalácia é um colapso das estruturas supraglóticas durante a inspiração, tendo como clínica o estridor.¹ A etiologia não é claramente definida e a supraglotoplastia aparece como primeira alternativa cirúrgica.¹ **Relato de caso:** Paciente feminino, 4 meses e 30 dias, 6,4 kg, nascida de parto cesáreo a termo, por oligodrâmnio e sofrimento fetal, alta da maternidade no 3º dia. Estridor e cansaço às mamadas no 15º dia de vida levaram ao diagnóstico de laringomalácia grave, também portadora de DRGE. Indicada supraglotoplastia. Monitorizada com pressão não invasiva, cardioscopia e oximetria de pulso. Indução anestesia inalatória gradual com sevoflurano 2-6% e oxigênio a 100% no sistema Baraka até profundidade anestésica adequada. Puncionado acesso periférico 24G e iniciada anestesia venosa com Dexmedetomidina 0,5-1 mcg/kg, e Cetamina 0,5-1 mg/kg. Aporte de oxigênio 100% por sonda uretral nº6 via nasal, mantida ventilação espontânea, e sevoflurano a 1,5 - 2%. No intraoperatório foi realizada anestesia tópica com lidocaína. Encaminhada para Unidade de Terapia Intensiva, em ventilação espontânea, tendo alta no 2º dia pós-operatório com melhora do estridor. **Discussão:** No caso relatado, foi optado pelo plano anestésico com anestesia venosa associada a inalatória, mantendo a respiração espontânea cujo principal desafio é prevenir o colapso das vias aéreas, devido à obstrução dinâmica e garantir um plano anestésico adequado para que ser realizada a laringoscopia ou suspensão laríngea.^{1,2} Segundo estudos, a anestesia venosa como técnica principal pode garantir plano anestésico adequado para o procedimento em laringe com respiração espontânea.^{1,2} Existem também outros métodos para garantir oxigenação durante o procedimento e algumas vezes a técnica cirúrgica impossibilita o uso de um tubo endotraqueal.¹ Por fim, nas cirurgias das vias aéreas é fundamental a colaboração entre cirurgião e anestesista, uma vez que crianças com anomalias das vias aéreas são de alto risco para complicações decorrentes do manejo.¹ Portanto, é necessária a compreensão da patologia e um planejamento anestésico segundo a necessidade da equipe cirúrgica, assim como a disponibilidade de equipamentos de via aérea difícil.¹

Palavras-chave: Pediatria, Respiração Espontânea, Laringomalácia Congênita.

REFERÊNCIAS

- Bradley J, Lee GS, Peyton J. Anesthesia for shared airway surgery in children. Paediatr Anaesth. 2020;30(3):288-95. <http://doi.org/10.1111/pan.13815> PMID:31898366.
- Saini S, Shruthi M, Bajaj J. Congenital laryngomalacia and anaesthetic implications. Ann Int Med Den Res. 2021;7(1):AN05-07.

1359 AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO DOS PACIENTES SOBRE O ANESTESISTA E SUAS HABILIDADES NÃO TÉCNICAS

MAYSA SIQUEIRA OLIVEIRA PINHEIRO, MARCO ANTONIO FIGUEIREDO COSTA DE SOUZA, ROGERIO ALVES RIBEIRO

SOCIEDADE DE ANESTESIOLOGIA E INALOTERAPIA DE TAGUATINGA - SAITG, BRASÍLIA, DF, BRASIL

Introdução: Habilidades não técnicas, também denominadas soft skills, são capacidades de recursos cognitivos e pessoais que, unidos à técnica, contribuem para um ambiente seguro e eficiente no desempenho do que é necessário. Na anestesiologia, a análise de incidentes e comportamentos durante a rotina podem revelar quais condutas no local de trabalho influenciam seu desempenho. A prática médica tem demonstrado como a formação do anestesiológico, se incluso o desenvolvimento de suas habilidades não técnicas, promove um melhor exercício da função e potencializa a qualidade profissional com melhora da competência técnica. **Objetivos:** Correlacionar habilidades não-técnicas que podem ser avaliadas através de uma percepção do paciente que passa por um procedimento cirúrgico no serviço de Anestesiologia. **Métodos:** Estudo transversal aprovado por Comitê de Ética (CAAE: 664323222.1.0000.5553). Aplicado questionário aos pacientes (total 250 pacientes) em pós-operatório de cirurgias eletivas e de urgência. Foram inclusos pacientes que realizaram procedimento cirúrgico somente no centro cirúrgico, de caráter eletivo e/ou emergência; realizaram cirurgia no período de coleta de dados do presente estudo; apresentaram nível de cognição suficiente para responder o questionário ou se tal requisito não fosse cumprido, apresentasse um responsável legal presente no momento pré-operatório para fazê-lo. **Resultados:** A maioria dos participantes (65%) acham que o anestesista é essencial para a cirurgia, sendo que 51% compreendem seu papel. Para os pacientes, o papel mais importante dos anestesiológicos em primeiro lugar é aliviar a dor, depois tratar a doença/ problema que levou à cirurgia, seguidos de fazer dormir e controlar o sangramento. Dos participantes, 43,8% consideraram fundamental a empatia do anestesista, outros 47,9% a cortesia como habilidade não técnica principal, 63% a capacidade de atuar em equipe e 49,3% a tomada de decisões em momentos críticos. **Conclusões:** O paciente tem restrições em relação ao conhecimento da atuação do médico anestesiológico no processo perioperatório. As soft skills foram valorizadas pelos entrevistados, evidenciando que tanto a atuação técnica quanto a não técnica do anestesiológico é importante entre suas aptidões fundamentais. A análise das habilidades não técnicas promove uma melhoria da prestação de serviço do anestesiológico e a melhora da qualidade profissional.

Palavras-chave: Habilidades Não Técnicas, Qualidade Profissional, Anestesiologia.

REFERÊNCIAS

1. Flin R, Patey R, Glavin R, Maran N. Anaesthetists' nontechnical skills. Br J Anaesth. 2010;105(1):38-44. <http://doi.org/10.1093/bja/aeq134> PMID:20522911.
2. Johnson AP, Aggarwal R. Assessment of non-technical skills: why aren't we there yet? BMJ Qual Saf. 2019;28(8):606-8. <http://doi.org/10.1136/bmjqs-2018-008712> PMID:31129619.

1369 PREVENÇÃO DA DOR NO MEMBRO FANTASMA APÓS AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA – RELATO DE CASO

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

UNIFESO, TERESÓPOLIS, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

Introdução: As síndromes dolorosas são classificadas conforme a cronologia do momento da amputação como aguda, persistente, sensação fantasma e no membro fantasma (DMF). Os mecanismos fisiopatológicos dessa dor são diversos o que permite uma ampla abordagem, sendo imperativo o tratamento da dor aguda. A anestesia regional vem demonstrando resultados promissores na prevenção da DMF, quando iniciadas precocemente e continuadas em bombas de infusão. Os fatores de risco são existência de dor previa, sexo feminino, amputações em membros superiores e depressão perioperatória.

Relato de caso: Homem, 28 anos, vítima de politrauma automobilístico é admitido em centro cirúrgico com colar cervical por esmagamento em membro superior esquerdo, escore de MESS 9. Ao exame, Glasgow 15, pressão arterial 148 x 76mmHg, frequência cardíaca 117 bpm, respiratória 16 irpm, saturação de 96% com O₂ 5 l/min e FAST negativo. Procedeu-se a intubação em sequência rápida com videolaringoscópio. Realizado o bloqueio do plexo braquial via supraclavicular guiado por ultrassom com ropivacaína 0,5% 100 mg + dexametasona 4 mg. A amputação supracondilar teve duração de 180 minutos e ocorreu sem intercorrências. Extubado na sala, EVA 0/10, encaminhado para unidade de terapia intensiva eupneico em ar ambiente, sem queixas. Após 12h, a equipe da anestesia é sinalizada sobre quadro algico EVA 10/10, quando foi realizado novo bloqueio do plexo braquial guiado com a passagem de cateter perineural através da agulha de Touhy 18G injeção de ropivacaína 0,75% 150 mg. Após 8 horas e retorno da dor, optou-se pela infusão contínua de ropivacaína 0,2% 5 ml/h, com bolus a cada 6h, EVA máxima de 2/10. Durante uma semana o paciente foi supervisionado pela equipe multidisciplinar e o controle da dor foi obtido com doses decrescentes de AL. Associada a anestesia regional foi administrada a pregabalina 150 mg/dia VO e os curativos foram realizados com ketamina 30mg IV. **Discussão:** O manejo da dor aguda é fundamental na prevenção da cronicidade e no aparecimento da DMF. A técnica de anestesia regional, a analgesia multimodal com pregabalina, cetamina, tramadol, amitriptilina e tratamento psicoterápico no pós-operatório, contribuíram para o desfecho favorável do caso. O bloqueio contínuo tem se mostrado superior a dose única. Entender a dor como um fenômeno de múltiplas vias e buscar contemplá-las adequadamente, faz com que o anestesíologista participe das intervenções terapêuticas a curto, médio e longo prazo.

Palavras-chave: Dor no Membro Fantasma, Cateter Perineural.

REFERÊNCIAS

1. Naughtin S, Erakine R. Management of post-amputation limb pain. ATOTW. 2021;438:1-7.

1373 DELIRIUM PÓS-OPERATÓRIO HIPOATIVO EM IDOSO NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA: DESAFIO DIAGNÓSTICO FRENTE À POSSIBILIDADE DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO RELATO DE CASO

ROXANNE CABRAL PINTO SANTOS, EDMAR JOSÉ ALVES DOS SANTOS, NATHALIA PEREIRA PAES DE SÁ, NATHALIA RODRIGUES LEÃO PINA, PAULA CRISTINA LEITÃO DE ASSUNÇÃO

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

Introdução: O Delirium Pós-Operatório (DPO) é um distúrbio pós-anestésico que pode ocorrer imediatamente após o procedimento cirúrgico, com incidência mais alta do subtipo hipoativo que é caracterizado por letargia, depressão motora e hipovigilância. O diagnóstico, especialmente na Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA), pode ser desafiador e exige a exclusão de condições mais graves como o Acidente Vascular Encefálico (AVE). **Relato de caso:** OBBM, sexo masculino, 71 anos, 72 kg e 1,70 m, com história de hipertensão arterial sistêmica e fibrilação atrial crônica (não anticoagulado) e facectomia recente, submetido à ureterolitotomia videolaparoscópica sob anestesia geral (AG). Administrado midazolam 2 mg endovenoso (EV) como pré-medicação e lidocaína (1 mg/kg), propofol (2 mg/kg), fentanil (3 mcg/kg) e rocurônio (0,6 mg/kg) EV para indução. Manutenção da AG venosa total com propofol e remifentanil (EV) e feito dexmedetomidina (50 mcg) e cetamina (25 mg) EV em dose única no início da cirurgia. A cirurgia durou 4 horas, sem intercorrências, com estabilidade hemodinâmica e manutenção do índice bispectral entre 40 e 60. Ao final, a extubação ocorreu sem complicações. Na SRPA, o paciente, inicialmente sonolento e com pressão arterial elevada (184 x 111 mmHg), evoluiu para rebaixamento do nível de consciência e hiporresponsividade após 15 minutos, persistindo por 45 minutos. Mantinha eucardia e estabilidade ventilatória, porém seguia com elevado nível tensional. Ao exame físico notou-se anisocoria como única alteração, ademais, gasometria arterial dentro da normalidade e angiotomografia de crânio sem insultos agudos. Realizada transferência do paciente para terapia intensiva e após 6 horas, o paciente evoluiu com despertar espontâneo e melhora progressiva da consciência. Não apresentou alteração neurológica na manhã seguinte, mantendo apenas a anisocoria, possivelmente relacionada à facectomia recente. **Discussão:** O DPO não possui uma etiologia definida; no entanto, existem fatores de risco como idade avançada, doenças pré-existentes, baixa capacidade cognitiva prévia, alto nível de dor, entre outros. Associado a desfechos adversos, é subdiagnosticado, afetando mais de 45% dos pacientes na SRPA. O uso de ferramentas para avaliar o nível de consciência e delirium pode ser benéfico nesse cenário, principalmente se usado precocemente na SRPA. Além disso, diagnósticos diferenciais potencialmente mais graves, como AVE, associados ao processo operatório, devem ser excluídos.

Palavras-chave: Idoso, Anestesia, Delírio Pós-Operatório.

REFERÊNCIAS

1. Jin Z, Hu J, Ma D. Postoperative delirium: perioperative assessment, risk reduction, and management. *Br J Anaesth.* 2020;125(4):492-504. <http://doi.org/10.1016/j.bja.2020.06.063> PMID:32798069.
2. Bisinotto FMB, da Silveira LAM, Silva ROS, et al. Delirium pós-operatório no idoso. Onde estamos? *Rev Med Minas Gerais.* 2017;27(Supl 2):S52-66.

1378 SEDAÇÃO COM ANESTÉSICO INALATÓRIO ISOFLURANO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI): RELATO DE CASO

JULIA ARAUJO VIGIATO, MARCELO LUIS ABRAMIDES TORRES, SUELY PEREIRA ZEFERINO

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

Introdução: A atual sedoanalgesia em UTI conta com drogas hipnóticas e analgésicas intravenosas, porém estudos crescentes na literatura tratam da aplicabilidade de anestésicos inalatórios (AI) nesse contexto. Os AI, utilizados no intraoperatório, se destacam para expansão em ambiente de UTI após a pandemia da COVID-19, em que aparelhos de anestesia foram utilizados como ventiladores mecânicos (VM) [1], entrando como mais uma opção neste arsenal terapêutico. **Relato de caso:** Paciente masculino, 43 anos, 70kg, com bigeminismo ventricular, 20º pós-operatório (PO) de ressecção de glioma talamocapsular esquerdo de alto grau recidivado, evoluiu com crise convulsiva, necessitando de intubação orotraqueal (IOT). Sedado com fentanil 0,01mcg/kg/min em RASS -1, sob ventilação pressão controlada de 15 cmH2O, PEEP 5 cmH2O, FiO2 25%, FR 18 irpm, sem droga vasoativa (DVA). Optou-se por instalar dispositivo com Isoflurano inalatório por 4 horas, acoplado entre a peça em Y do ventilador e o tubo endotraqueal. Infundido em bomba de seringa e taxa de infusão 1,5 ml/h, sem dose bôlus, manteve BIS entre 45-55, tempo de supressão de 1 minuto e 40 segundos, eletromiografia menor que 25% e espectrograma de ondas alfa e teta. A fração expirada de isoflurano, medida através do monitor de gás, permaneceu entre 0,7-1%. Paciente permaneceu estável com 500ml de cristalóide, sem DVA, presença de bigeminismo no monitor e normotermia. Após 15 minutos do término da infusão, apresentou abertura ocular menor que 10secs ao estímulo verbal, calmo em IOT, desligado sedação e otimizado analgesia com metadona 5 mg a cada 12 horas. 28º dia pós-operatório foi submetido a traqueostomia, 39ºPO (dia pós-operatório) foi retirado da VM e 51ºPO encaminhado ao serviço especializado em cuidados paliativos. **Discussão:** AI é injetado na sua forma líquida em pequenos volumes diretamente ao ramo inspiratório do sistema circular através de uma bomba de infusão de seringa e perfusor. O líquido rapidamente passa ao estado gasoso, produzindo um volume de vapor anestésico conhecido, diluído pelo fluxo de gases que continuamente fluem pelo circuito do ventilador. Conhecendo o volume total do sistema e das capacidades pulmonares, pode-se injetar quantidades adequadas à produção de concentrações anestésicas, conforme esquema da Figura 1. Para evitar a poluição do ambiente da UTI, o dispositivo provê um filtro absorvedor de carvão ativado, conectado na saída do ventilador, retendo o AI exalado [2]. Conclui-se que o AI foi viável e efetivo para sedação no caso apresentado na UTI.

Palavras-chave: Isoflurano, Anestesia por Inalação, Unidade de Terapia Intensiva.

REFERÊNCIAS

1. Gómez Duque M, Medina R, Enciso C, et al. Usefulness of inhaled sedation in patients with severe ARDS due to COVID-19. *Respir Care*. 2023;68(3):293-9. <http://doi.org/10.4187/respcare.10371> PMID:36414277.
2. Jabaudon M, Constantin JM. Sedation with volatile anaesthetics in intensive care. *BJA Educ*. 2024;24(3):77-80. <http://doi.org/10.1016/j.bjae.2023.12.004> PMID:38375492.

1380 DISFUNÇÃO VENTRICULAR ESQUERDA GRAVE NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DE COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA

ANDRE LUIS SALAI PEREIRA, ALICE FREITAS MACEDO, IVELISE SILVA DE OLIVEIRA, ORLANDIRA COSTA ARAUJO, RENATA VELOSO SILVA LAURINO

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

Introdução: O trauma cirúrgico está associado a ativação do sistema simpático, liberação de citocinas inflamatórias, alterações hemodinâmicas, sangramento e outros desencadeantes de complicações cardíacas. Procedimentos menos invasivos e o advento da monitorização intraoperatória avançada reduziram a frequência desses eventos. Contudo, complicações cardíacas permanecem como a principal causa de mortalidade perioperatória. **Relato do caso:** H.R.S, feminina, 35 anos, 55 kg, 155 cm, ASA 1, puérpera de 45 dias, internada para colecistectomia videolaparoscópica após episódios de cólica biliar desde o 3º mês de gestação. Rotina pré-operatória sem alterações. Realizada indução venosa com propofol 150 mg, fentanil 250 mcg, lidocaína 60 mg, cetamina 10 mg e cisatracúrio 7mg. Intubação orotraqueal sem dificuldades, manutenção com sevoflurano 1.8% e O₂ (40%). Manteve estabilidade hemodinâmica com reposição volêmica de 1000ml de cristalóide e diurese não quantificada. Ao fim da cirurgia, administrado morfina 6mg e reversão de bloqueador neuromuscular com neostigmina 1,5 mg e atropina 0,75 mg. Após reversão, evoluiu com taquicardia supraventricular de resolução espontânea após cerca de 40 segundos. Extubação em sala, optado por coleta de marcadores de necrose miocárdica e realização de eletrocardiograma, mantido padrão da admissão. Durante recuperação pós-anestésica, evoluiu com taquidispneia, dessaturação, hipotensão arterial e tosse com secreção rósea. Realizado RX de tórax com infiltrado pulmonar difuso bilateralmente. Iniciado ventilação não-invasiva, furosemida 40 mg EV em bolus e morfina 2 mg. Encaminhada para UTI com necessidade de uso de dobutamina, dosagem de troponina em ascensão (30 para 628 pg/ml) e fração de ejeção estimada pelo ecocardiograma transtorácico em menor que 20% com hipocinesia difusa. Recebeu alta hospitalar após 7 dias com recuperação parcial da função ventricular e seguimento ambulatorial para investigação de miocardiopatia periparto. **Discussão:** Devido à ausência de sintomas clínicos como dor torácica, não é conferida a devida importância prognóstica dos marcadores de injúria miocárdica no perioperatório. No entanto, elevações de troponina, ainda que assintomáticas, são associadas com aumento da mortalidade em 30 dias. O uso de medicações analgésicas no pós-operatório imediato pode atenuar os sintomas de isquemia miocárdica, tornando ainda mais importante a vigilância para complicações cardíacas e a dosagem de troponina em pacientes selecionados.

Palavras-chave: Edema Agudo De Pulmão, Miocardiopatia Periparto, Complicações Cardíacas Perioperatórias.

REFERÊNCIAS

1. Devereaux PJ, Sessler DI. Cardiac complications in patients undergoing major noncardiac surgery. *N Engl J Med.* 2015;373(23):2258-69. <http://doi.org/10.1056/NEJMra1502824> PMID:26630144.
2. Ruetzler K, Smilowitz NR, Berger JS, et al. Diagnosis and management of patients with myocardial injury after noncardiac surgery: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation.* 2021;144(19):e287-305. <http://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001024> PMID:34601955.

1388 AVALIAÇÃO DA ANALGESIA PÓS-OPERATÓRIA DO BLOQUEIO ESPINHAL SEM ADIÇÃO DE MORFINA ASSOCIADO A BLOQUEIOS DO NERVO SAFENO E CIÁTICO EM CIRURGIAS DE PÉ E TORNOZELO: ENSAIO CLÍNICO PROSPECTIVO E RANDOMIZADO

LUCAS ERNESTO DO RÊGO CASTRO, JOÃO VITOR FERREIRA GONZATTI, MARCELO CARNEIRO 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: A escolha da técnica anestésica depende da proposta cirúrgica e das particularidades de cada paciente. Em cirurgias ortopédicas de membros inferiores a técnica anestésica padrão é o bloqueio de neuroeixo que, quando associada ao uso de morfina pode estar relacionada a efeitos adversos que trazem morbidade no pós-operatório e podem retardar a alta hospitalar. Nesse contexto, os bloqueios periféricos surgem como alternativa analgésica em detrimento dos opioides intratecais. **Objetivos: Geral:** Avaliar analgesia pós-operatória do bloqueio de nervo ciático e do nervo safeno combinada à raquianestesia sem opioide em cirurgias de pé e tornozelo. **Específicos:** a) avaliar incidência de efeitos adversos do uso de opioide intratecal nas primeiras 24h pós cirúrgicas. b) comparar duração analgésica de ambas as técnicas. **Método:** O estudo se caracteriza como um ensaio clínico randomizado realizado em um hospital secundário do Distrito Federal. Foram incluídos pacientes adultos, ASA I e II, com indicação cirúrgica para tratamento de fratura no nível do pé e tornozelo. O tamanho da amostra foi de 32 pacientes, dos quais 3 foram excluídos pelos critérios de exclusão. Dos restantes, 14 pacientes foram alocados no grupo controle (RM) e 15 pacientes no grupo intervenção (BNP). Todos os pacientes do estudo foram monitorizados conforme monitorização padrão e receberam sedação venosa com Midazolam 0,05 mg/kg e Fentanil 1 mcg/kg. O Grupo RM foi submetido a raquianestesia associado a 80mcg de Morfina. Já o Grupo BNP foi submetido a raquianestesia seguida de bloqueio guiado por ultrassom do nervo ciático, via fossa poplíteia, e do nervo safeno, via canal dos adutores, com Ropivacaína 0,5%. Pacientes foram avaliados quanto à dor no momento da alta da SRPA e após 24 horas do procedimento cirúrgico. Ademais, foi questionado sobre presença de náuseas e vômitos, retenção urinária e prurido. **Resultados:** A média dos escores de dor no grupo RM foi superior ao grupo BNP (2,29 vs 0,13), além do maior tempo médio para início da dor no grupo BNP (Figura 1). No grupo RM observou-se prurido em 42,9% dos pacientes, enquanto no grupo BNP não houve essa queixa. Retenção urinária esteve presente em 5 pacientes do grupo RM e em 1 paciente do grupo BNP. **Conclusões:** O bloqueio de nervo ciático e safeno em cirurgias de pé e tornozelo é procedimento seguro, exequível e que garante analgesia pós-operatória eficiente e prolongada com mínimos efeitos adversos, estando seu uso bem indicado.

Palavras-chave: Anestesia Regional, Anestesia e Analgesia, Controle da Dor.

REFERÊNCIAS

1. Li Y, Zhang Q, Wang Y, et al. Ultrasound-guided single popliteal sciatic nerve block is an effective postoperative analgesia strategy for calcaneal fracture: a randomized clinical trial. *MC Musculoskelet Disord.* 2021;22(1):735. <http://doi.org/10.1186/s12891-021-04619-5> PMID:34452610.
2. Ma HH, Chou TA, Tsai SW, Chen CF, Wu PK, Chen WM. The efficacy and safety of continuous versus single-injection popliteal sciatic nerve block in outpatient foot and ankle surgery: a systematic review and metaanalysis. *BMC Musculoskelet Disord.* 2019;20(1):441. <http://doi.org/10.1186/s12891-019-2822-7> PMID:31601208.

1393 MANEJO DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA NA RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA SECUNDÁRIA A BLOQUEIO INTERESCALÊNICO: RELATO DE CASO

MARIANA DINAMARCO MESTRINER, CLAUDEMIR ANTONIO BIANKI FILHO, FERNANDA MACHADO OLIVEIRA, GUILHERME ROCHA LEAO CARDOZO, SERGIO MARIANO ZUAZO

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

Introdução: As técnicas de anestesia regional revolucionaram a anesthesiologia, possibilitando perioperatórios mais seguros, mas não isentos de riscos. À exemplo dos bloqueios de plexo braquial, associados à interferência na função respiratória pelo bloqueio do nervo frênico. Embora se tenha conhecimento desse efeito adverso, muitas vezes ele passa despercebido pelo baixo impacto global na maioria dos casos. Contudo, a descrita redução da capacidade vital forçada de 20-30% por esse intercurso pode ser impactante em contextos clínicos já deteriorados. **Relato de caso:** VLGO, 63 anos, 40 kg, tabagista, com diagnóstico de adenocarcinoma pulmonar metastático. Foi submetida a ressecção de metástase em úmero direito sob anestesia geral associada a bloqueio de plexo braquial interescalênico com 20 mL de Bupivacaína 0,375%. Após 3 horas do bloqueio, a paciente foi extubada e encaminhada para recuperação anestésica (RPA), onde solicitou-se avaliação da equipe do setor por queda de saturação. Identificada expansão assimétrica de tórax, com redução no hemitórax direito, mas com diminuição importante do murmúrio esquerdo, sendo solicitada uma radiografia de tórax no leito e instauração de máscara não-reinalante à 15 l/min para o manejo. Mesmo com otimização da oxigenoterapia, paciente manteve-se com taquidispnéia, saturando 86% com frequência respiratória de 30 incursões por minuto. Devido à notada elevação de cúpula diafragmática direita (IMAGEM) no pós-operatório, aliado ao comprometimento pulmonar contralateral pelo tumor primário, foi levantada a hipótese diagnóstica de insuficiência respiratória decorrente do bloqueio de nervo frênico. Instaurada ventilação não-invasiva com máscara facial acoplada no modo BiPAP (*Bilevel Positive Airway Pressure*), com pressão inspiratória de 11 cm H₂O e expiratória com 6 cm H₂O. A paciente evoluiu com melhora significativa do desconforto e oximetria de pulso (14 RPM | SpO₂ 96%), tolerando desmame gradual do suporte. Recebeu alta da RPA 11 horas após a realização do bloqueio com adequados parâmetros ventilatórios em ar ambiente. **Discussão:** Diante do exposto, uma avaliação pré-operatória da função ventilatória do paciente deve ser uma métrica na escolha da técnica anestésica. Bloqueios poupadores de nervo frênico são capazes de analgesiar cirurgias de úmero proximal sem impacto ventilatório. Contudo, uma vez instaurada uma insuficiência respiratória, a noção de possibilidades de manejo menos invasivas é importante, como no caso da VNI com BiPAP

Palavras-chave: Insuficiência Respiratória, BiPAP.

REFERÊNCIAS

1. Nickless JT, Waterman BR, Romeo AA. Persistent diaphragmatic paralysis associated with interscalene nerve block after total shoulder arthroplasty: a case report. *JSES Open Access*. 2018;2(3):165-8. <http://doi.org/10.1016/j.jses.2018.05.003> PMID:30675589.
2. Dubé BP, Dres M. Diaphragm dysfunction: diagnostic approaches and management strategies. *J Clin Med*. 2016;5(12):113. <http://doi.org/10.3390/jcm5120113> PMID:27929389.

1395 MANEJO ANESTÉSICO DURANTE PLEUROSCOPIA EM PACIENTE PORTADOR DE SÍNDROME DE MORVAN

VITÓRIA LUIZA RIBEIRO SANTOS, BRUNA BARRETO FALCÃO, MARIANA CUNHA SOARES DA ROCHA, ROBSON DE ALVARENGA FACINA, ROGÉRIO LUIZ DA ROCHA VIDEIRA

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

Introdução: A síndrome de Morvan, caracterizada por hiperatividade do sistema nervoso central, autonômico e periférico, com sinais como mioquimia, insônia, disautonomia e alucinações, tem menos de 50 casos relatados na língua inglesa. A presença de autoanticorpos contra canais de potássio regulados por voltagem (anti-VGKC) e timoma ocorrem em torno de 50% dos casos. **Relato de caso:** Homem de 51 anos, 76 kg, ASA II, com diagnóstico prévio de timoma, síndrome de Morvan e miastenia gravis. Apresentou lesões pleurais sugestivas de implantes neoplásicos secundários, sendo indicada pleuroscopia direita com biópsia. Parâmetros iniciais: pressão arterial não invasiva (PANI) 130x90 mmHg, frequência cardíaca (FC) 70 bpm e saturação periférica de O₂ (SpO₂) 100% em ar ambiente. Após midazolam 5 mg endovenoso (EV), foi iniciado remifentanil (0,05-0,2 microg.kg.min⁻¹), propofol 50 mg e rocurônio 30 mg EV. Realizada laringoscopia direta e intubação orotraqueal com sonda endobrônquica (Robert-Shaw) 39 Fr para ventilação monopulmonar esquerda, confirmada por broncoscopia. A anestesia foi mantida com sevoflurano (0,7-1 CAM). Após a indução, houve instabilidade hemodinâmica refratária a vários bolus de efedrina 5 mg, substituída por noradrenalina (0,03-0,07 microg.kg.min⁻¹), com resposta adequada. Após sugamadex 200 mg o paciente foi extubado e conduzido à UTI com SpO₂ 100% em ar ambiente e sem vasopressor. **Discussão:** É aconselhado que a monitorização neuromuscular com TOF seja feita desde o início, visando dose eficaz e reversão adequada. Sinais como fasciculação, rigidez muscular e resposta discordante ao bloqueio neuromuscular não-despolarizante foram descritas. Alterações cognitivas como delírio, insônia e encefalopatia foram relatadas, sendo recomendada a monitorização do nível de anestesia pelo EEG processado, que pode apresentar falsas elevações por hiperexcitabilidade neuromuscular ou baixas voltagens em decorrência do comprometimento cognitivo. A disautonomia com flutuações da PA e FC deve ser corrigida com agentes vasoativos de ação direta como noradrenalina e fenilefrina, devido à ineficiência dos fármacos de ação indireta, como a efedrina. Cuidados devem ser tomados para minimizar estímulos que possam precipitar disautonomia, como o bloqueio neuromuscular eficaz, analgesia adequada e monitorização hemodinâmica contínua. O caso destaca a disautonomia na síndrome de Morvan e pode orientar o manejo seguro desses pacientes.

Palavras-chave: Toracoscopia, Disautonomia, Mioquimia.

REFERÊNCIAS

1. Suzuki D, Suzuki Y, Sato D, et al. Morvan Syndrome converted from Isaacs' Syndrome after thymectomy with positivity for both Anti-LGI1 and Anti-CASPR2 antibodies. Intern Med. 2022;61(9):1443-5. <http://doi.org/10.2169/internalmedicine.8145-21> PMID:34670891.
2. Royston SE, Hartigan PM. Anesthetic management of robotic thymectomy in a patient with Morvan Syndrome: a case report. A A Pract. 2021;15(1):e01383. <http://doi.org/10.1213/XAA.0000000000001383> PMID:33512906.

1396 MANEJO ANESTÉSICO EM PACIENTE PEDIÁTRICO COM DIAGNÓSTICO DE OSTEOGÊNESE IMPERFEITA

LILIAN BERNARDETE MENDES RABELO, EDSON HORN, KAMILA GOMES DE SALES SOUZA, WESLEY SANTOS SILVA

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

Introdução: A Osteogênese Imperfeita (OI) é o resultado de uma mutação genética que causa a formação defeituosa ou insuficiente de colágeno, que pode causar várias complicações anestésicas pelo manejo difícil das vias aéreas, da presença de deformidade da coluna vertebral, de doenças respiratórias, anomalias cardíacas, distúrbios da função plaquetária, risco de hipertermia, investigação bacilar, deformidades ósseas e distúrbios metabólicos. O objetivo deste relato é apresentar um caso de um paciente submetido a um tratamento cirúrgico de fratura diafisária de fêmur direito, sob anestesia venosa total, com passagem de máscara laríngea. **Relato de caso:** Paciente, 3 anos, peso de 13,5 kg, com diagnóstico de osteogênese imperfeita III desde o nascimento. Relata trauma em fêmur após queda do sofá de sua casa há 4 dias. Nega histórico de cirurgias prévias. Encaminhado para fixação de fratura, foi admitido em sala cirúrgica, após preparação pelo risco de hipertermia maligna e optado por anestesia venosa, sem bloqueio de neuroeixo. Sedação com administração intranasal de dexmedetomidina 50 mg. Realizada proteção de locais sob pressão com suportes de gel e feita a monitorização multiparamétrica com eletrocardiograma, pressão arterial invasiva, oximetria de pulso, termômetro axilar, capnógrafo e índice bispectral, com paciente em decúbito dorsal com aquecimento por manta térmica. Indução venosa com fentanil 40 mcg, lidocaína 10 mg e propofol 50 mg, passagem de máscara laríngea número 2, confirmado posicionamento com capnografia e ausculta pulmonar, sem intercorrências. Durante a intubação houve o cuidado da manutenção da estabilidade da cabeça, cuidado com manipulação dos dentes e mandíbula. Mantido com propofol (4 mg/kg/h) e remifentanil (0,25 mcg/kg/min) em bomba de infusão contínua. O procedimento durou 2 horas e foi administrado 2 mg de morfina. Ao término, o paciente despertou tranquilo, sem queixas algícas ou eméticas. **Discussão:** A abordagem anestésica de pacientes com OI deve ser feita com cautela e cabe ao anestesiológico a orientação da equipe desde o transporte, passando pela sala cirúrgica até a sala de recuperação pós-anestésica. O cuidado com a preparação da sala, posicionamento do paciente, escolha das medicações, manipulação de via aérea e ventilação são essenciais. O uso de máscara laríngea pode evitar intercorrências durante intubação e extubação, incluindo a ativação simpática.

Palavras-chave: Anestesia Venosa, Máscara laríngea, Osteogênese Imperfeita.

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://doi.org/10.1034/j.1399-6576.2002.460525.x> PMID:12027862.

1397 VIA AÉREA DIFÍCIL EM PACIENTE PÓS-OPERATÓRIO DE ARTRODESE DE COLUNA CERVICAL RELATO DE CASO

ANA PAULA BEATRIZ MENDES SILVA, ESTHER ALESSANDRA ROCHA, MARIA DE LOURDES SOUSA LIMA, MAYARA CRISTINA SANCHES, NATHALIA FONTOURA SIGNE

CENTRO DE ENSINO E TREINAMENTO FACULDADE DE MECINA DO ABC, SANTO ANDRÉ, SP, BRASIL

Introdução: O manejo adequado da via aérea (VA) é fundamental em qualquer contexto médico e erros nesse processo podem levar a desfechos adversos, como morte precoce evitável. Segundo a Sociedade Americana de Anestesiologistas, uma via aérea difícil (VAD) é definida como situação clínica em que um anestesista convencionalmente treinado apresenta dificuldades com a ventilação por máscara, intubação orotraqueal (IOT) ou ambas¹. **Relato de caso:** Paciente em leito de UTI, sexo masculino, 23 anos, 68 kg, 176 cm de altura, ASA IV, em 1º Pós-operatório de Fixação Occipito-cervical C2-C4, evoluiu com insuficiência respiratória aguda secundária a pneumonia, sendo realizado indução sequência rápida e laringoscopia direta sem sucesso na IOT. Acionado a equipe de anestesiologia, realizado reposicionamento e relaxamento neuromuscular adequado, um anestesista experiente realizou laringoscopia direta, verificado Cormack-Lehane grau 4; nova tentativa com videolaringoscopia foi realizada, mantendo classificação. Como resgate, optado por passagem máscara laríngea número 3 sem acoplamento adequado. Havia edema em região cervical, aventada a hipótese de enfisema subcutâneo, descartada após realização de USG da região cervical. Como o paciente apresentava ventilação sob máscara facial adequada, optou-se por acionar equipe da cirurgia geral, que realizou cricotireoidostomia por punção (jelco 14G) com ventilação insatisfatória. Em seguida, realizada ampliação do orifício e introdução de cânula endotraqueal aramada (5,5), promovendo ventilação adequada. Posteriormente, o paciente foi encaminhado para realização de traqueostomia. **Discussão:** A condução da VAD requer planejamento sistemático e abordagem precoce para minimizar desfechos adversos. Neste caso, a mobilização cervical limitada após artrodese de coluna cervical é um desafio adicional aos fatores anatômicos pré-existentes, inviabilizando a IOT por laringoscopia direta e por vídeo, assim como dificultando que acople dispositivos supraglóticos. A IOT continua sendo a via inicial para pacientes que precisam de via aérea rápida e segura, no entanto, quando sem sucesso, o acesso cirúrgico torna-se uma opção². Portanto, a tomada de decisão pela via aérea cirúrgica por parte do anestesiológico, limitando-se o número de tentativas de IOT e chamando por ajuda com atenção ao decorrer do tempo foi fundamental para o desfecho favorável e manejo adequado do caso.

Palavras-chave: Artrodese De Coluna, Intubação Traqueal, Via Aérea Difícil.

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://doi.org/10.1097/ALN.0000000000004002> PMID:34762729.
2. Macêdo MB, Guimarães RB, Ribeiro SM, Sousa KMM. Cricotireoidostomia de emergência: medida temporizadora ou via aérea definitiva? Uma revisão sistemática. *Rev Col Bras Cir*. 2016;43(6):493-9. PMID:28273224.

1400 COMPLICAÇÕES DA RAQUIANESTESIA TOTAL EM GESTANTE SUBMETIDA A CESARIANA: RELATO DE CASO

KARINE LUIZA OLIVEIRA ROSA, FERNANDA DE SOUZA FREITAS, GEÓRGIA DE FREITAS SOUZA, JOÃO PAULO CANDIDO NASCIMENTO E SILVA, LEANDRO ELYADES MIRANDA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CATALÃO - HOSPITAL NASR FAIAD., CATALÃO, GO, BRASIL

Introdução: Para cesárias eletivas e situações de urgência e emergência, a raquianestesia associada a fármacos adjuvantes se tornou o método preferencial devido à segurança apresentada. Essa combinação busca melhorar a qualidade do bloqueio e prolongar a analgesia, permitindo reduzir a dose de bupivacaína e minimizar repercussões hemodinâmicas. Contudo, algumas complicações podem ocorrer, tais como apneia, hipotensão e bradicardia materna. **Relato do caso:** Sexo feminino, 32 anos, 128kg; 1,63m, IMC: 48,17, G3P2C2. Gestação de 38s1d com DM gestacional e HAS gestacional. Encaminhada em caráter de emergência por hipertonia uterina e sangramento escuro via vaginal com suspeita de descolamento de placenta. Foi realizada punção raquidiana com bupivacaína 10mg + morfina 70mcg em espaço L3-L4 em posição sentada. Após punção, a paciente foi deitada e liberada para procedimento. O acesso ao bebê realizado em 4min com Apgar 4 e 9. Paciente com respiração prejudicada em posição supina desde o início do procedimento devido à obesidade, evolui com fala arquejante e queixa de dificuldade respiratória. Optou-se por uso de cateter de O₂ e cefaloaclive de mesa cirúrgica. A paciente seguiu estável hemodinamicamente com FC de 76 e PA de 135x76mmHg, porém com dessaturação importante. Paciente sem jejum, optando-se por não a ventilar e realizar IOT para controle e conforto. Foram administrados fentanil 250mcg, propofol 150mg e 100mg de rocurônio, seguido de IOT com tubo 7,0 com cuff, sem intercorrências. Mantida em anestesia geral com sevoflurano. Após 1h e 20min ao término de procedimento, revertido bloqueador neuromuscular com sugamadex e a paciente foi extubada após verificar ventilação espontânea. **Discussão:** Esse tipo de complicação pode ocorrer porque a técnica exerce efeitos no sistema cardiovascular, resultando em diminuição da pressão arterial sistêmica e hipofluxo do centro respiratório da gestante. Em virtude do alcance do bloqueio simpático, que se estende de 2 a 6 dermatomos acima do bloqueio sensitivo, um paciente com bloqueio sensitivo ao nível de T4 pode experimentar o bloqueio de todas as fibras cardioaceleradoras (T1-T4), resultando em uma redução gradual da FC. Já o bloqueio simpático ao nível de T1 ou superior leva ao aumento do tônus vagal, causando efeitos inotrópicos, cronotrópicos e dromotrópicos negativos na ausência da oposição do SNS. A estimulação vagal pode gerar redução do débito cardíaco, com consequente hipotensão, até graves bradiarritmias, podendo evoluir para PCR.

Palavras-chave: Raquianestesia, Cesariana, Complicações hemodinâmicas

REFERÊNCIAS

1. Braga AA, Frias JA, Braga FS, Potério GB, Hirata ES, Torres NA. Spinal anesthesia for cesarean section. Use of hyperbaric bupivacaine (10mg) combined with different adjuvants. Braz J Anesthesiol. 2012;62(6):775-87. [http://doi.org/10.1016/S0034-7094\(12\)70178-2](http://doi.org/10.1016/S0034-7094(12)70178-2). PMID:23176986.
2. Limongi JAG, Lins RSM. Cardiopulmonary Arrest in Spinal Anesthesia. Braz J Anesthesiol. 2011;61(1):110-20. [http://doi.org/10.1016/S0034-7094\(11\)70012-5](http://doi.org/10.1016/S0034-7094(11)70012-5). PMID:21334513.

1411 INTUBAÇÃO ACORDADA POR BRONCOFIBROSCOPIA EM PACIENTE PORTADORA DE VIA AÉREA DIFÍCIL E EXTENSA MASSA CERVICAL BILATERAL – RELATO DE CASO.

NATHALIA RODRIGUES LEÃO PINA, ANA ANGELICA DE ASSUNÇÃO PORTELA, CLAUDIA REGINA MACHADO, GUSTAVO PERISE MOREIRA VERAS, JULIA TRISTAO DE REZENDE

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

Introdução: A abordagem da via aérea em pacientes acordados pode ser um motivo de grande estresse e receio para o anestesista, seja pela falta de treinamento ou pela preocupação com o desconforto do paciente durante o procedimento. É fundamental que a técnica seja cada vez mais aplicada e utilizada no meio anestésico tendo em vista a segurança do paciente e do próprio profissional, garantindo que o tripé conforto, segurança e analgesia tópica seja sempre alcançado. **Relato de caso:** Paciente feminina, 37 anos, internada por massa cervical extensa de aproximadamente 10 cm associada à disfagia, sugestiva de linfoma e com proposta de biopsia excisional. Ao exame, foi observado pescoço com circunferência aumentada e extensão limitada, além de abaulamento da massa para o interior da cavidade oral com restrição de abertura bucal e desvio de estruturas da oro e hipofaringe. Optou-se por assegurar via aérea por meio de intubação orotraqueal com auxílio da broncofibroscopia sob anestesia tópica. A paciente se manteve acordada e cooperativa, levemente sedada com infusão de dexmetomidina e remifentanil. O procedimento anestésico-cirúrgico transcorreu com sucesso, sendo realizada extubação ao final sem intercorrências. **Discussão:** A identificação precoce, avaliação criteriosa e o uso de técnicas apropriadas para o manejo da via aérea difícil são fundamentais para garantir a segurança dos pacientes. A intubação em um paciente acordado garante a perviedade da via aérea durante todo o procedimento, evitando o relaxamento das estruturas faríngeas quando o paciente se torna inconsciente. A broncofibroscopia é considerada o método padrão ouro para manejo da via aérea difícil, capaz de gerar imagens de visualização direta em tempo real, além de permitir manobras e flexibilidade em caso de necessidade de desvios de alguma obstrução na via aérea. Contudo, é um método de difícil manuseio que requer habilidade e treinamento específicos. Nesse sentido, outros métodos, como a videolaringoscopia, também podem ser utilizados e apresentam ótimos resultados na intubação acordada quando combinados a uma anestesia tópica de qualidade.

Palavras-chave: Intubação acordado, via aérea difícil, broncofibroscopia

REFERÊNCIAS

1. Gaszynski T. The use of the C-MAC videolaryngoscope for awake intubation in patients with a predicted extremely difficult airway: case series. *Ther Clin Risk Manag.* 2018;14:539-42. <http://doi.org/10.2147/TCRM.S150536>.
2. Apfelbaum JL, Hagberg CA, Caplan RA, et al. Practice guidelines for the management of the difficult airway. *Anesthesiology.* 2013;118(2):251-70. <http://doi.org/10.1097/ALN.0b013e31827773b2>. PMID:23364566.
3. Lewis SR, Butler AR, Parker J, Cook TM, Schofield-Robinson OJ, Smith AF. Videolaryngoscopy versus direct laryngoscopy for adult patients requiring tracheal intubation: a Cochrane Systematic Review. *Br J Anaesth.* 2017;119(3):369-83. <http://doi.org/10.1093/bja/aex228>. PMID:28969318.

1412 BLOQUEIO SUBARACNÓIDEO COM 5MG DE BUPIVACAÍNA HIPERBÁRICA PARA CESARIANA ELETIVA EM PACIENTE COM INSUFICIÊNCIA MITRAL GRAVE, ASSOCIADA A INSUFICIÊNCIA TRICÚSPIDE E HIPERTENSÃO PULMONAR- RELATO DE CASO

NATHALIA RODRIGUES LEÃO PINA, CLARA DE OLIVEIRA MENON, MARCO AURELIO DAMASCENO SILVA, RAFAEL DE OLIVEIRA SARTINI, ROXANNE CABRAL PINTO SANTOS

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

Introdução: A anestesia em pacientes cardiopatas graves pode ser um motivo de grande estresse para o anestesista, sendo ainda mais desafiadora em gestantes, pois apresentam mudanças hemodinâmicas fisiológicas da gravidez. Nesse sentido, é importante escolher a técnica anestésica que garanta simultaneamente o conforto da paciente e a maior estabilidade hemodinâmica possível durante todo o procedimento cirúrgico. **Relato de caso:** a paciente de 33 anos foi submetida a cesariana eletiva com 34 semanas de gestação devido ao alto risco materno por cardiopatia. Em tratamento prévio para insuficiência mitral e tricúspide graves e hipertensão da artéria pulmonar (PSAP 69 mmHg), além de aumento biatrial e arritmia. Optou-se por realizar técnica combinada de bloqueio subaracnóideo e passagem de cateter peridural para doses complementares de anestésico local em caso de falhas no bloqueio. Foi realizada punção do espaço subaracnóideo L3-L4, com agulha 25G, com injeção de 60 microgramas de morfina e 5 mg de bupivacaína hiperbárica com bloqueio sensitivo efetivo em T4. Instalada PAM e acoplada a monitorizações hemodinâmica não invasiva. Foi realizada adicionalmente punção do espaço epidural L2-L3 com passagem de cateter no intuito de infundir maior quantidade de anestésico local caso fosse necessário. O procedimento se deu sem intercorrências e não foi necessária a utilização do cateter epidural, tendo sido obtido sucesso com apenas 5 mg de bupivacaína hiperbárica. **Discussão:** A gravidez provoca importantes mudanças hemodinâmicas que podem não ser toleradas em gestantes cardiopatas. O aumento da frequência e do débito cardíaco e a redução da resistência vascular sistêmica podem gerar consequências graves, sendo necessária a escolha criteriosa da técnica e drogas anestésicas adequadas. A anestesia neuroaxial combinada (raquianestesia + cateter peridural) é considerada uma técnica segura e bem aplicada quando necessitamos de controle hemodinâmico restrito em cesarianas eletivas, principalmente por utilizar doses pequenas e seguras de anestésicos locais, garantindo com isso uma maior estabilidade hemodinâmica. Essa técnica anestésica permite minimizar os efeitos adversos da anestesia, como a redução da RVS, além de ter fácil correção quando comparada a outras técnicas anestésicas.

Palavras-chave: anestesia obstétrica, cardiopatia na gestação

REFERÊNCIAS

1. Ruys TPE, Roos-Hesselink JW, Hall R, et al. Heart failure in pregnant women with cardiac disease: data from the ROPAC. *Heart*. 2014;100(3):231-8. <http://doi.org/10.1136/heartjnl-2013-304888>. PMID:24293523.
2. Testa CB, Borges VTM, Bortolotto MRFL. Cardiopatia e gravidez. *Rev Med (São Paulo)*. 2018;97(2):177-86. <http://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v97i2p177-186>.
3. Campanharo FF, Cecatti JG, Haddad SM, et al. The impact of cardiac diseases during pregnancy on severe maternal morbidity and mortality in Brazil. *PLoS One*. 2015;10(12):e0144385. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0144385>. PMID:26650684.

1415 INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL EM PACIENTE COM SÍNDROME DA PESSOA RÍGIDA AVANÇADA: ESTRATÉGIA ANESTÉSICA COM BLOQUEADOR NEUROMUSCULAR DESPOLARIZANTE RELATO DE CASO

ROXANNE CABRAL PINTO SANTOS, ANA ANGELICA DE ASSUNÇÃO PORTELA, EDMAR JOSÉ ALVES DOS SANTOS, MIRIAM TAGLIATTI GONÇALVES, PAULA CRISTINA LEITÃO DE ASSUNÇÃO

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

Introdução: A síndrome da pessoa rígida (SPS) é uma condição neurológica rara e progressiva, caracterizada por rigidez muscular e espasticidade dolorosa, principalmente na coluna, abdômen e membros inferiores. Embora a etiologia exata seja desconhecida, a SPS é considerada de origem autoimune. Os dados são muito limitados sobre o uso de drogas anestésicas em pacientes com SPS, principalmente quanto ao uso de bloqueadores musculares (BNM) do tipo despolarizantes, o que se deve em parte à incidência extremamente baixa da doença. **Relato de caso:** MCS, sexo feminino, 62 anos, 66kg e 1,67m, com histórico de síndrome da pessoa rígida (anti-GAD negativo) em estágio avançado e em tratamento com imunoglobulina endovenosa (EV), internada em unidade de terapia intensiva devido a complicações decorrentes da progressão da doença, evoluiu com rebaixamento do nível de consciência associado a episódios de broncoaspiração com indicação de intubação orotraqueal (IOT) para proteção de via aérea (VA). Na avaliação pré-intubação, notou-se que a paciente apresentava rigidez axial e apendicular, sem possibilidade de extensão cervical e, devido à falta de cooperação, não foi possível realizar a classificação de Mallampati, ademais, considerando que a paciente estava com a dieta enteral suspensa há 8 horas, optou-se por IOT em sequência rápida. Assim, realizada a pré-oxigenação, administraram-se lidocaína (1mg/kg), propofol (1,5mg/kg) e succinilcolina (1mg/kg); após o pico de efeito das drogas, ocorreu expressivo relaxamento da musculatura cervical. Em seguida, realizou-se a IOT sob videolaringoscopia com auxílio de *bougie* em primeira tentativa, sem intercorrências. Foi mantido acompanhamento da paciente por 48h, contudo, não foi evidenciada complicação clínica relacionada ao procedimento. **Discussão:** A literatura não apresenta contraindicações para o uso de BNM, sejam adespolarizantes ou despolarizantes, em pacientes com SPS. No entanto, é crucial se atentar aos possíveis parafefeitos, como a hipotonia prolongada, associados ao seu uso. Apesar da avaliação limitada devido à sedação para ventilação mecânica, a paciente do caso descrito não apresentou complicações significativas após a intubação com um BNM despolarizante, com o retorno do tônus muscular habitual uma hora após o procedimento, sugerindo uma recuperação relativamente rápida. Ainda assim, é fundamental realizar mais estudos para uma avaliação abrangente da segurança do uso de BNM em pacientes com SPS.

Palavras-chave: Síndrome da Pessoa Rígida, Bloqueadores Neuromusculares, Manejo de vias aéreas

REFERÊNCIAS

1. Chan DYL. Anaesthetic recommendations for stiff Person Syndrome. *Anest & Inten Care Med.* 2017;3(3):001-7.

1419 HIDRODISSECÇÃO DE NERVO PERIFÉRICO GUIADA POR ULTRASSONOGRRAFIA NO TRATAMENTO DE DOR CRÔNICA PÓS-OPERATÓRIA: RELATO DE CASO

ANDRÉ CARDOSO DE OLIVEIRA, AMANDA GONÇALVES ZERO, JOÃO PAULO CANDIDO NASCIMENTO E SILVA, KARINE LUIZA OLIVEIRA ROSA, LARISSA DE ALMEIDA NUNES

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CATALÃO - HOSPITAL NASR FAIAD., CATALÃO, GO, BRASIL

Introdução: A dor crônica é uma condição comum e de grande impacto na qualidade de vida de pacientes pós-operatórios. Parece estar associada mais comumente a lesões cirúrgicas de nervos periféricos e ao desenvolvimento de dor neuropática persistente. A hidrodisssecção de nervos periféricos guiada por ultrassonografia (USG) aparece como uma ferramenta importante no tratamento da dor neuropática, na qual se realiza a administração de soluções (anestésico local, corticosteroides, glicose e adjuvantes) a fim de dissecar nervos periféricos de seus tecidos circunjacentes. **Relato do caso:** Paciente com queixa de dor há três meses, iniciada após hieniorrafia inguinal à direita. A dor apresentava características neuropáticas e ocorria em região inguinal direita, com irradiação para perineo e região anterolateral de coxa direita, de intensidade 7 à Escala Visual Analógica (EVA). Foi realizado bloqueio por meio de teste guiado por USG em território de nervos ilioinguinal (NII) e ílio-hipogástrico (NIH) direitos, com 7 mL de lidocaína 2% sem epinefrina, resultando em melhora importante (EVA 0). Após uma semana, realizou-se hidrodisssecção guiada por USG de NII e NIH com 7 mL de solução glicosada a 5%. O paciente retorna 15 dias após o procedimento, com EVA 3, sendo repetida a intervenção com glicose a 5%. Em retorno 30 dias após a segunda infiltração, o paciente apresentou EVA 0. **Discussão:** Presume-se que a dor crônica pós-operatória ocorra por mecanismos de sensibilização central e periférica a partir de estímulos nociceptivos, inflamatórios e neuropáticos. Dessa forma, a abordagem precoce adequada da dor pós-operatória, com conseqüente redução desses estímulos, constitui uma estratégia importante para prevenção e tratamento da dor crônica. O paciente em questão apresentava uma dor tipicamente neuropática, em localização compatível com o território de inervação de NII e NIH. O bloqueio com lidocaína, além de garantir o controle da dor, permitiu a confirmação do acometimento dos nervos periféricos mencionados. Evidenciou-se a hidrodisssecção com glicose a 5% como uma intervenção eficaz no tratamento da dor neuropática, considerando seus benefícios mecânicos, a partir da descompressão das estruturas nervosas em relação aos tecidos adjacentes, e os possíveis efeitos positivos da solução glicosada na recuperação do tecido lesionado. Ademais, o uso da USG permitiu a realização das intervenções de forma segura, evitando lesões neurológicas adicionais.

Palavras-chave: Dor Pós-operatória, Dor Crônica, Ultrassonografia de Intervenção

REFERÊNCIAS

1. Lam KHS, Hung CY, Chiang YP, et al. Ultrasound-guided nerve hydrodissection for pain management: rationale, methods, current literature, and theoretical mechanisms. *J Pain Res.* 2020;13:1957-68. <http://doi.org/10.2147/JPR.S247208>. PMID:32801851.
2. Kraychete DC, Sakata RK, Lannes LOC, Bandeira ID, Sadatsune EJ. Postoperative persistent chronic pain: what do we know about prevention, risk factors, and treatment? *Braz J Anesthesiol.* 2016;66(5):505-12. <http://doi.org/10.1016/j.bjan.2014.12.002>. PMID:26631941.

1420 BLOQUEIO DE FÁSCIA ILÍACA ASSOCIADO A ANESTESIA GERAL PARA ARTROTOMIA EM PEDIATRIA

LETICIA GOULART JAPIASSU, ADRIANA NAVARRO MACHADO FERNANDES, IAGO BARBOSA PINTO RODRIGUES, IGOR BATISTA CAVALCANTI, LILIAN BERNARDETE MENDES RABELO

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

Introdução: As técnicas de bloqueio de nervos periféricos associado à anestesia geral, especialmente em pediatria, constituem importante recurso em anestesiologia. Em alguns casos, podem oferecer uma opção à anestesia de neuroeixo, devido ao seu menor impacto hemodinâmico, facilidade de execução, possibilidade de uma melhor relação do médico anestesiológico com o paciente, além de proporcionarem conforto intraoperatório e pós-operatório. **Relato de caso:** Paciente F.G.T.C, 6 anos, sexo masculino, 22kg, ASA II devido à história de bronquite controlada em uso de salbutamol e prednisolona. Mãe negava alergias e cirurgias prévias. Paciente internado devido a possível quadro de artrite séptica, apresentando dor intensa em quadril associado a leucocitose. Negava infecções de vias aéreas recente ou qualquer sintoma respiratório nas últimas semanas. Paciente admitido em centro cirúrgico para punção diagnóstica e artrotomia de quadril. Foram administrados 10 mg de midazolam associados a 60mcg de clonidina via oral no pré-operatório para ansiólise. Indução anestésica com inalatório + 80mcg fentanil + 50mg propofol. Foi realizado bloqueio da fáscia ilíaca direita, guiado por ultrassom, com agulha A50 estimuplex, e injetados 15ml de ropivacaína 0,3%. Anestesia e cirurgia sem intercorrências. Ferida operatória com cerca de 10 cm com dreno de penrose. O paciente retornou consciência plena em leito de SRPA, mostrando-se calmo e negando queixas algicas. Pós-operatório tranquilo mantido somente com bloqueio e dipirona. **Discussão:** O caso descrito prova a eficácia e eficiência de um bloqueio bem realizado associado à anestesia geral. A anestesia geral não é totalmente necessária, mas se fez útil para melhor controle de intercorrências, evitando memórias, traumas e facilitando o procedimento anestésico e cirúrgico, devido à total imobilidade do paciente. O bloqueio de fáscia ilíaca é um bloqueio seguro e proporciona um pós-operatório tranquilo e confortável para a criança, com menos efeitos colaterais de opioides no neuroeixo, como prurido, constipação, retenção urinária, depressão respiratória, náuseas e vômitos (1). O médico anestesiológico deve se mostrar apto para realizar o procedimento, para assim realizar o melhor manejo anestésico.

Palavras-chave: BLOQUEIO, FÁSCIA ILÍACA, PEDIATRIA

REFERÊNCIAS

1. Gehling M, Tryba M. Risks and side-effects of intrathecal morphine combined with spinal anaesthesia: a meta-analysis. *Anaesthesia*. 2009;64(6):643-51. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2044.2008.05817.x>. PMID:19462494.

1422 MANEJO ANESTÉSICO PARA BRAQUITERAPIA DE COLO UTERINO EM UNIDADE REFERÊNCIA NO TRATAMENTO DE CÂNCER: SÉRIE DE CASOS

MATHEUS VINICIUS FERNANDES SANTOS, DAYAN AUTRAN LAMEGO, ISABELA MOREIRA SILVA, KARINA BERNARDI PIMENTA, MARIA EUGENIA DE OLIVEIRA MARCAL E SILVA CARVALHO

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

Introdução: A braquiterapia de alta taxa de dose (HDR) é uma técnica de radioterapia usada para combater o câncer que direciona radiação concentrada para diminuir os tumores. É realizada por meio de aplicadores endovaginais que direcionam a fonte radioativa o mais próximo do tumor, preservando os tecidos saudáveis. Durante esse procedimento, é necessário que a paciente permaneça em posição ginecológica. Para evitar ou diminuir os desconfortos, os procedimentos são realizados sob sedação e analgesia. **Relato do caso:** Apresentamos uma série de cinco pacientes submetidas a 20 aplicações de HDR sob sedação para tratamento de câncer de colo uterino. Dentre as pacientes com idade média de 51,5 anos e peso corporal médio 82,5 kg, em sua maioria de raça negra, apenas duas apresentavam como comorbidade prévia hipertensão arterial, ASA II. Monitorizadas com eletrocardiograma, pressão arterial não invasiva, oximetria de pulso, capnografia com oxigênio suplementar por máscara facial de Hudson. A sedação foi realizada com midazolam 2mg, fentanil 50mcg, dexmedetomidina 0,5mg/kg e propofol 30-40mg em bolus durante a inserção do aplicador. Para analgesia utilizamos dipirona 2g e tenoxicam 40 mg. Para profilaxia de náuseas e vômitos utilizamos ondansetrona 4 mg com dexametasona 4mg. Em uma das pacientes foi necessário complementar a analgesia com uma dose de cetamina 0,05 mg/kg durante a sedação. Ao final do tratamento, com duração média entre 50-80 minutos, os aplicadores são retirados e as pacientes são encaminhadas para repouso com aldrete 10, sem queixas. **Discussão:** O tratamento com HDR é realizado em caráter ambulatorial semanalmente, possuindo duração variável, devido à necessidade de exames complementares, tais como raio-X, tomografia computadorizada e do planejamento computadorizado realizado pelo físico. A demanda por anestesia para braquiterapia está aumentando e não existe um consenso na literatura sobre qual o melhor tipo de anestesia. A literatura possui relatos de anestesia geral e bloqueio neuroaxial, mas poucos sobre sedação. A necessidade de transporte da paciente para o setor tomografia representa um desafio após a inserção dos aplicadores na sala de radioterapia. Em nossa instituição, a sedação foi considerada uma alternativa segura e eficaz para esse procedimento.

Palavras-chave: sedação, braquiterapia, radioterapia

REFERÊNCIAS

1. Kumar V, Gulia A, Garg R, et al. Perioperative anesthesia management for brachytherapy in cancer patients: A retrospective observational study. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol.* 2021;37(4):598-603. http://doi.org/10.4103/joacp.JOACP_63_20. PMID:35340946.
2. Roessler B, Six LM, Gustorff B. Anaesthesia for brachytherapy. *Curr Opin Anaesthesiol.* 2008;21(4):514-8. <http://doi.org/10.1097/ACO.0b013e32830413cb>. PMID:18660663.

1424 MANEJO ANESTÉSICO EM PACIENTE COM SÍNDROME DE DANDY-WALKER RELATO DE CASO

LUIZ CASEMIRO KRZYZANIAK GRANDO, EUGENIO PAGNUSSATT NETO, JOÃO MANOEL PEREIRA SASSO, JOSÉ ROBERTO GRISOLFI, RENATO BRONDANI GAI

CET DE PASSO FUNDO - HOSPITAL SEDE: ASSOC.HOSP.BENEF.SÃO VICENTE DE PAULO, PASSO FUNDO, RS, BRASIL

Introdução: A anestesia de pacientes com síndrome de Dandy-Walker (SDW) é complexa devido a anormalidades neurológicas, cardíacas, renais e craniofaciais.¹ Este caso relata o manejo anestésico de um paciente com SDW durante nasofibrolaringoscopia e gastrostomia. **Relato de caso:** Lactente, 1 mês e 16 dias, com SDW, evidenciadas fácies sindrômica, micrognatia e protuberância occipital. Procedeu-se com monitorização, pré-oxigenação e indução venosa com propofol 3 mg/kg e fentanil 2 mcg/kg. Manutenção anestésica se deu com sevoflurano e, como a nasofibrolaringoscopia impedia de obter via aérea definitiva, a ventilação foi realizada com máscara facial sob pressão positiva. Após, optou-se pela intubação orotraqueal para a gastrostomia. A 1ª laringoscopia com lâmina Macintosh nº 0 não visualizou estruturas glóticas. O paciente foi ventilado, reposicionado em posição olfativa e ajuda foi requisitada. Nas 2ª e 3ª laringoscopias, foram visualizadas estruturas 3B de Cormack-Lehane e sem sucesso na intubação. Devido à ventilação adequada sob máscara facial, realizou-se 4ª laringoscopia com lâmina Miller nº 0 e passagem do tubo orotraqueal nº 3,0 sem balonete guiado por bougie com sucesso. O paciente foi extubado e encaminhado à recuperação pós-anestésica sem novas intercorrências.

Discussão: A SDW é uma malformação congênita rara caracterizada por hipoplasia cerebelar e dilatação do quarto ventrículo cerebral. Apresenta anormalidades craniofaciais, como macroglossia, micrognatia, pescoço curto e largo, estenose traqueal e subglótica e anormalidades no controle medular da respiração.¹ Logo, possui preditores de via aérea difícil e risco de apneia após extubação. Apesar da dificuldade de intubação nesse caso, condutas alternativas para resgate de via aérea, como dispositivo supraglótico, não foram necessárias devido à ventilação efetiva sob máscara facial.² Além disso, o procedimento exigia o estabelecimento de via aérea definitiva. Outro ponto importante do manejo anestésico do paciente com SDW é manter a pressão intracraniana (PIA) estável. Para tanto, deve-se evitar o estímulo simpático da laringoscopia, manter normocapnia, normotensão, normotermia e euglicemia.¹ A SDW e suas alterações fisiopatológicas geram desafios para o anesthesiologista. Dessa forma, ressalta-se a importância da avaliação pré-anestésica e o planejamento anestésico adequado para garantir a segurança do paciente.

Palavras-chave: Síndrome de Dandy-Walker, manuseio das vias aéreas

REFERÊNCIAS

1. Buget M, Edipoglu I, Cemaller E, Eren S, Kucukay S. Anesthetic management of a patient with Dandy-Walker Syndrome for orthopedic surgery. J Med Cases. 2015;6(9):403-5. <http://doi.org/10.14740/jmc2255e>.
2. 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://doi.org/10.1097/ALN.0000000000004002>. PMID:34762729.

1451 COMPLICAÇÕES NOS PRIMEIROS TRINTA DIAS APÓS TRANSPLANTE HEPÁTICO: ESTUDO DE COORTE RETROSPECTIVO

GUSTAVO SZCZECINSKI PUCHALSKI, CAROLINA GIESEL GRALA, DANIEL TROST, EDUARDA SCHÜTZ MARTINELLI, VASCO MIRANDA JÚNIOR

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

Introdução: O transplante hepático é o tratamento de escolha para pacientes com doença hepática crônica em estágio terminal, com insuficiência hepática aguda, e para aqueles com carcinoma hepatocelular que preenchem os critérios de Milão. Nesse sentido, diversas complicações no perioperatório podem ocasionar falência do enxerto ou óbito. **Objetivo:** Verificar a incidência de complicações pós-operatórias maiores em pacientes submetidos a transplante hepático nos primeiros 30 dias pós-transplante. **Método:** Trata-se de estudo de coorte retrospectivo realizado entre agosto de 2021 e outubro de 2023 incluindo pacientes adultos submetidos a transplante hepático em hospital terciário. Os dados foram coletados a partir de prontuário, iniciando no pós-operatório imediato e se estendendo até ocorrer morte ou completar 30 dias de pós-operatório. **Resultados:** Foram recrutados 135 pacientes submetidos a transplante hepático de doador falecido. Complicações tromboembólicas ocorreram em 6,7% dos pacientes. Insuficiência renal com necessidade de terapia dialítica no pós-operatório foi identificada em 11,1% dos pacientes. As infecções representaram a complicação mais frequente no pós-operatório, ocorrendo em 52,6% dos pacientes. Infecção/colonização por germe multirresistente ocorreu em 34,2% dos pacientes e 32,8% apresentaram infecção sistêmica. Disfunção primária do enxerto/rejeição não funcionante ocorreu em 3,7% dos pacientes, sendo que dois deles necessitaram de retransplante hepático e os outros três evoluíram a óbito. Foi necessária reintervenção devido a sangramento em 5,9% dos casos e complicações relacionadas à trombose em 2,9%. Todos os óbitos (5,2% dos casos) ocorreram em ambiente intra-hospitalar, sendo 85,7% nos primeiros 30 dias do pós-operatório. A sobrevida estimada nesse período foi de 94,9%. A principal causa de óbito foi sepse/infecção. **Conclusão:** O período pós-operatório de transplante hepático pode apresentar complicações graves, sendo que as infecções diversas, insuficiência renal dialítica e as complicações tromboembólicas merecem destaque, podendo ser reflexo de alterações ocorridas durante o transoperatório. É necessário propiciar adequado manejo anestésico-cirúrgico durante o perioperatório e manter vigilância ativa para a detecção precoce de complicações durante o pós-operatório, contribuindo para a melhora da qualidade assistencial, resultando em melhores resultados.

Palavras-chave: Transplante hepático, Complicações, Anestesiologia

REFERÊNCIAS

1. Farkas S, Hackl C, Schlitt HJ. Urgen Overview of the Indications and Contraindications for Liver Transplantation. Cold Spring Harb Perspect Med. 2014;4(5):a015602. <http://doi.org/10.1101/cshperspect.a015602>. PMID:24789874.
2. Gomes MJA, Rosa FRPAC, Cunha IAMF, Faria RSB. Principais complicações pós-transplante hepático: uma revisão integrativa de literatura. Research, Society and Development. 2023;12(2):e29512240349. <http://doi.org/10.33448/rsd-v12i2.40349>.
3. Sarmast N, Ogola GO, Kouznetsova M, et al. Model for end-stage liver disease-lactate and prediction of inpatient mortality in patients with chronic liver. Hepatology. 2020;72(5):1747-57. <http://doi.org/10.1002/hep.31199>.

1456 ANESTESIA EM PACIENTE COM TROMBOSE DE SEIO CAVERNOSO PARA CIRURGIA DE CORREÇÃO DE LESÃO LIGAMENTAR DE JOELHO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

ISADORA GARCIA MARTINS, ELENIR APARECIDA DOLES GODOY, HENRIQUE TOFOLI VIEIRA MACHADO, HUGO DALAQUA, OCTAVIANO AUGUSTUS LOMBARDI

HOSPITAL NOSSA SENHORA DA SAÚDE, SANTO ANTÔNIO DA PLATINA, PR, BRASIL

Introdução: A trombose do seio cavernoso é uma situação clínica rara, havendo poucos casos descritos na literatura ¹, podendo ser classificada etiologicamente de duas formas. A forma séptica é a mais frequente, estando normalmente associada a processos infecciosos. A forma asséptica está associada a trauma e fenômenos tromboembólicos ² **Relato do caso:** Paciente do sexo feminino, 30 anos, 106 kg, ASA II, portadora de trombose do seio cavernoso de provável etiologia asséptica com necessidade de ser submetida a procedimento cirúrgico para reconstrução de ligamento cruzado anterior esquerdo. Foi realizado acesso venoso periférico prévio em membro superior direito. Monitorização com cardioscópio, oximetria de pulso, capnografia expiratória, pressão arterial não invasiva. A paciente foi submetida a procedimento cirúrgico sob anestesia geral inalatória. Para indução anestésica, foram utilizados Midazolam 10 mg, Fentanil 100mcg e suxametonio 100mg. Foi realizada intubação orotraqueal com tubo 7,5 com cuff sem intercorrências e a paciente foi mantida sob ventilação mecânica durante todo o procedimento. A manutenção foi realizada com atracúrio 75mg, sevoflurano a 2% 30ml, N2O 3L/min e O2 3L/min. A hidratação foi realizada com ringer lactato 10ml/kg/hora. Optou-se pela realização de bloqueio "3 em 1" guiado por USG para analgesia peri e pós-operatória, devido à contraindicação de realizar raquianestesia lombar. O bloqueio foi realizado na posição supina por acesso anterior com levobupivacaína 18 ml (90mg) e lidocaína 2% 12 ml (240mg), com completo bloqueio sensitivo do nervo femoral, lateral cutâneo da coxa e obturador. A paciente foi observada e encaminhada para o quarto, sem queixa de dores, assim permanecendo pelas próximas 48h de observação. **Discussão:** As cirurgias ortopédicas estão associadas a dor pós-operatória intensa, necessitando de uma analgesia peri e pós-operatória eficientes, visando à recuperação e redução da morbimortalidade pós-operatória. A técnica do bloqueio do plexo lombar pelo acesso paravascular inguinal, chamado de "bloqueio 3 em 1", foi descrita por Winnie e Col ³ com a finalidade de anestésiar simultaneamente, com apenas uma injeção, os nervos femoral, o cutâneo lateral da coxa e o obturador, componentes do plexo lombar, acessando o espaço paravascular femoral logo abaixo do ligamento inguinal. Garantindo a paciente analgesia peri e pós-operatória, a técnica propiciou à paciente boa evolução com menor necessidade do uso de analgésicos e opioides.

Palavras-chave: Anestesia, Trombose de Seio Cavernoso, Bloqueio "3 em 1"

REFERÊNCIAS

1. Yanoff M, Duker JS, Augsburger JJ, editores. Ophthalmology. 3. ed. Edinburgh: Mosby; 2009. p. 1076-80.
2. King MD, Day RE, Oliver JS, Lush M, Watson JM. Solvent encephalopathy. Br Med J (Clin Res Ed). 1981;283(6292):663-5. <http://doi.org/10.1136/bmj.283.6292.663>. PMID:6790121.
3. Winnie AP, Ramamurthy S, Durrani Z. The inguinal paravascular technic of lumbar plexus anesthesia: the "3-in-1 block". Anesth Analg. 1973;52(6):989-96. <http://doi.org/10.1213/0000539-197311000-00036>. PMID:4796576.

1460 BRONCOASPIRAÇÃO MACIÇA PÓS INDUÇÃO ANESTÉSICA EM QUADRO DE ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO: UM RELATO DE CASO

LEONARDO SOUSA MUNDOCO, AMANDA CACAES MODESTO ACCIOLY, MARIA FERNANDA DE MIRANDA MARCELINO, MYLENA VALADARES SILVA, ZENNO COSTA DUTRA

HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS, BRASÍLIA, DF, BRASIL

Introdução: A depressão da consciência durante a anestesia é capaz de predispor a aspiração pulmonar do conteúdo gástrico, pois a redução do nível de consciência implica a redução das atividades do esfíncter esofágico e do fechamento glótico. Pacientes com tempo de jejum insuficiente ou em condições que retardam o tempo de esvaziamento gástrico submetidos à intubação orotraqueal são os mais acometidos. **Relato de caso:** Paciente de 46 anos, sexo feminino, com história de gastroplastia redutora há dois anos foi admitida em hospital com quadro de abdome agudo obstrutivo por hérnia Pettersen. Foi operada no mesmo dia da admissão e após 72H evoluiu para novo quadro obstrutivo, referindo última refeição há 9H. Para a reabordagem, realizaram-se oxigenação por três minutos e indução venosa em sequência rápida com 2,5mg de alfentanil, 50mg de lidocaína e 100mg de rocurônio. Após a curarização, a paciente apresentou regurgitação de volumoso conteúdo gástrico, sendo prontamente intubada e aspirada simultaneamente. Após a aspiração – a qual não obteve saída de secreção gástrica pelo tubo – foram mantidos os parâmetros ventilatórios iniciais do intraoperatório, com Vt 450, Fr 14, PEEP 6, FiO2 50%. Ppausa 20 e Ppico 25. A passagem de sonda nasogástrica evidenciou a saída de 1.000 mL de conteúdo gástrico, seguida da administração de 500mg de hidrocortisona e 4,5g de Tazocin. A manutenção da anestesia foi feita com sevoflurano a 1,8% e fentanil 250mcg, associado à noradrenalina em dose de 0,05-0,1 mcg/kg/min e ajuste da ventilação para FiO2: 80%, PEEP 10, FR: 20, Ppausa 28 e Ppico 32. Feitas a correção cirúrgica e a passagem de sonda nasoenteral, a paciente foi encaminhada à UTI. Após a admissão, manteve-se em estado grave, tendo evoluído com hipoxemia e PaO2/FiO2 < 100, hipotensão arterial, crepitações e roncospinos difusos à ausculta e raio-X, evidenciando infiltrado bilateral difuso. Iniciou-se a antibioticoterapia empírica com meropenem. A paciente veio a falecer 36h após a cirurgia. **Discussão:** Cirurgias emergenciais – nas quais é amplamente utilizada a sequência rápida de intubação – se configuram como fator de risco importante para broncoaspiração, uma vez que não há como assegurar o preparo adequado do paciente para a indução anestésica. Por isso, garantir o posicionamento adequado do paciente, aspiração da sonda gástrica antes da indução da anestesia e proteção das vias aéreas em manobras como a de Sellick são alternativas que tendem a mitigar esses desfechos.

Palavras-chave: Broncoaspiração, Anestesia Geral, Obstrução Intestinal

REFERÊNCIAS

1. Moro ET, Módolo NSP. Intubação traqueal e o paciente com o estômago cheio. Rev Assoc Med Bras. 2009;55(2):201-6. <http://doi.org/10.1590/S0104-42302009000200027>. PMID:19488659.
2. Moro ET. Prevenção da aspiração pulmonar do conteúdo gástrico. Rev Bras Anesthesiol. 2004;54(2). <http://doi.org/10.1590/S0034-70942004000200014>.

1462 REFLEXO DE BEZOLD-JARISCH EM ARTROSCOPIA DE OMBRO

MIGUEL EDUARDO LAUAND CARACIO, ANA JULIA MACHADO RANIEL, ANDREI DE CAMARGO CAROTTI, CARLOS EDUARDO LUSSY YAMAZUKA, PEDRO HENRIQUE ALBERTE DERROIDI

UNIVERSIDADE DE ARARAQUARA, ARARAQUARA, SP, BRASIL

Introdução: Em artroscopias de ombro, com o paciente em decúbito lateral ou sentado, é possível realizar anestesia geral com ou sem bloqueio interescalênico do plexo braquial (BIEPB). No entanto, bradicardia e hipotensão, eventos cardiocirculatórios sugestivos do BJR (reflexo de Bezold-Jarisch), podem surgir durante o posicionamento ou a cirurgia. A literatura sugere que esse reflexo pode explicar a queda súbita da PA e da FC observada em alguns pacientes submetidos a esse bloqueio regional em artroscopias de ombro. O reflexo é mediado por quimio e mecanorreceptores ativados por estímulos ventriculares nocivos ou por estiramento atrial e por fibras vagais não mielinizadas do tipo C, gerando uma resposta parassimpática protetiva devido à bradicardia, hipotensão e vasodilatação coronária. Porém, a incidência de eventos adversos relacionados ao BJR durante o bloqueio do plexo braquial é relativamente baixa. A técnica é uma opção segura em anestesia regional para cirurgia de ombro e está associada a uma redução na dor pós-operatória e no uso de opioides, beneficiando o paciente. **Relato de caso:** Paciente masculino, hipertenso, submetido à correção cirúrgica de ruptura de m. supraespinhal. PA 150x90, FC 59 sinusal e SatO2 99%. Foi realizada anestesia geral com sufentanil, propofol e atracúrio e manutenção com sevoflurano, seguida de BIEPB com 15ml de ropivacaína a 0,5% sem intercorrências. Ao se posicionar em "cadeira de praia", durante primeiro proclive, o paciente apresentou FC 38 e PA 80x40, revertido com 1mg de atropina com posicionamento em posição neutra, sendo que o paciente foi reposicionado sem quaisquer repercussões dessa vez. Foram procedidas a cirurgia e recuperação sem intercorrências. **Discussão:** O BJR se origina em receptores cardíacos localizados na região ínfero-posterior do coração, com inervação aferente por fibras do tipo C, que são sensíveis a um ventrículo hipocontrátil vazio. Assim, reduz a ativação simpática e amplifica a parassimpática, promovendo bradicardia e hipotensão. O posicionamento do paciente pode causar uma redistribuição da volemia, direcionando uma quantidade de sangue para as extremidades inferiores, reduzindo o retorno venoso ao coração, levando à hipercontratibilidade miocárdica de um ventrículo vazio ou pouco preenchido, podendo desencadear o reflexo. **Conclusão:** O BJR é uma resposta neuro-cardiocirculatória que pode ser iniciada por diversos estímulos, sendo considerado um reflexo protetor, reversível e benigno. Geralmente, não há tratamento específico.

Palavras-chave: Reflexo de Bezold-Jarisch, Bradicardia, Hipotensão

REFERÊNCIAS

1. Song SY, Roh WS. Hypotensive bradycardic events during shoulder arthroscopic surgery under interscalene brachial plexus blocks. Korean J Anesthesiol. 2012;62(3):209-19. <http://doi.org/10.4097/kjae.2012.62.3.209>. PMID:22474545.
2. Crystal GJ, Salem MR. The Bainbridge and the "Reverse" bainbridge reflexes: history, physiology, and clinical relevance. Anesth Analg. 2012;114(3):520-32. <http://doi.org/10.1213/ANE.0b013e3182312e21>. PMID:21965361.

1464 DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE UM MODELO DE RISCO PARA COMPLICAÇÕES RESPIRATÓRIAS PERIOPERATÓRIAS EM CRIANÇAS SUBMETIDAS A CIRURGIAS NÃO CARDÍACAS

SAVIO LUIZ SANTOS LOPES, CARLOS EDUARDO PINZON, ISABELA SPIDO SIRTOLI, LUCIANA PAULA CADORE STEFANI, MARÍLIA CUNHA GOIDANICH

CET S.ANEST.E MED.PERIOP.DO HCPA – SAMPE - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

Introdução: As complicações respiratórias perioperatórias (CRPO) são as complicações anestésicas mais comuns na população pediátrica. É importante identificar e avaliar os riscos durante o período perioperatório, especialmente em países de baixa e média renda, nos quais cenários de recursos limitados são frequentes. **Objetivos:** Identificar fatores de risco, desenvolver e validar um modelo de risco para CRPO e comparar seu desempenho com outras ferramentas de risco na população pediátrica. **Método:** Em uma coorte de pacientes <16 anos em dois hospitais públicos no Brasil, desenvolvemos e avaliamos um modelo de regressão logística multivariada para prever CRPO, incluindo preditores relacionados à anestesia, cirurgia e condição clínica do paciente. **Resultados:** A coorte incluiu 1339 pacientes. CRPO ocorreu em 214 pacientes (15,9%). O modelo final compreendeu idade < 1 ano (OR 2,08 IC 95% 1,41 - 3,08), resfriado atual (OR 3,7 IC 95% 2,06 - 6,66), prematuridade (OR 2,56 IC 95% 1,8 - 3,63), doença pulmonar ou de vias aéreas (OR 2,17 IC 95% 1,55 - 3,05) e interação entre intubação traqueal e cirurgia de vias aéreas (sem cirurgia de vias aéreas * intubação traqueal OR 2,13 IC 95% 1,40 - 3,24, sem intubação traqueal * cirurgia de vias aéreas OR 3,16 IC 95% 1,49 - 6,68). Foi demonstrada boa discriminação com uma área sob a curva característica de operação do receptor (AUROC) de 0,718 (IC 95% 0,68-0,756). A calibração foi adequada; Hosmer-Lemeshow foi 3,06 (p = 0,801). O escore de Brier foi de 0,1204 (IC 95% 0,1195-0,1215), confirmando seu excelente desempenho geral. O procedimento de *bootstrap* para validação interna forneceu AUCs, variando de 0,707 a 0,717 para cada amostra gerada. Nosso modelo teve precisão superior ao escore COLDS (AUROC, 0,717 vs 0,635; p <0,01). **Conclusões:** Com este trabalho, desenvolvemos e validamos um modelo que pode auxiliar na identificação de pacientes pediátricos com risco aumentado para CRPO, com potencial de ajudar na tomada de decisão e gerar melhorias nos desfechos perioperatórios.

Palavras-chave: complicações, criança, anestesia

REFERÊNCIAS

1. Habre W, Disma N, Virag K, et al. Incidence of severe critical events in paediatric anaesthesia (APRICOT): a prospective multicentre observational study in 261 hospitals in Europe. *Lancet Respir Med.* 2017;5(5):412-25. [http://doi.org/10.1016/S2213-2600\(17\)30116-9](http://doi.org/10.1016/S2213-2600(17)30116-9). PMID:28363725.
2. Lee LK, Bernardo MKL, Grogan TR, Elashoff DA, Ren WHP. Perioperative respiratory adverse event risk assessment in children with upper respiratory tract infection: validation of the COLDS score. *Paediatr Anaesth.* 2018;28(11):1007-14. <http://doi.org/10.1111/pan.13491>. PMID:30281195.

1470 INSERÇÃO PROLONGADA E DOMICILIAR DE CATETER PERIDURAL EM PÓS-OPERATÓRIO PARA CONTROLE ÁLGICO: RELATO DE CASO

LEONARDO SOUSA MUNDOCO, ERYCLADUIA CHRYSTIAN AGRIPINO BRASILEIRO, MARIA FERNANDA DE MIRANDA MARCELINO, MYLENA VALADARES SILVA, THIAGO CESAR SANTANA JORQUEIRA

HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS, BRASÍLIA, DF, BRASIL

Introdução: A anestesia peridural é uma técnica segura, amplamente difundida, a qual promove uma analgesia segmentar prolongada e efetiva com pequeno paraefeito. Lesões neurológicas associadas são raras, com incidência de 0,065%, e as principais queixas são dor no local da punção, tontura, náusea, cefaleia, infecções locais, tornando-se uma exceção os casos com necessidade de permanência do cateter por períodos prolongados. **Relato do caso:** Masculino, 59 anos, anestesiológico, portador de hipertensão, diabetes mellitus tipo II, hipotireoidismo e cirurgia prévia de revascularização miocárdica em 2019. Histórico de retenção urinária e cefaleia pós-punção dural devido à cirurgia em 2015. Previamente submetido à postectomia e dilatação uretral com raquianestesia por meio de punção lombar única em L3/L4, mediana, LCR positivo, barbotagem com birrefringência, sendo injetados 12 mg de bupivacaína hiperbárica e 60 mcg de morfina. Bloqueio motor e sensitivo em T8. Sem intercorrência intraoperatória. No pós-operatório, queixou-se de "pressão na cabeça" e dor moderada local, necessitando de opioides. Após 7 dias, foi reabordado para realização de ressecção transuretral da próstata com sedação e anestesia peridural por meio de punção lombar em L4/L5, mediana, teste de Dogliotti positivo, sendo injetados 20 ml de ropivacaína 0,75%. No pós-operatório, queixou-se de dor leve, optando-se por manter o cateter peridural, o qual estava corretamente posicionado, sem sinais de infecção. Na enfermaria, foi feito repique com 20ml de ropivacaína 0,2% e 2 mg de morfina. Recebeu alta hospitalar em uso do cateter para realização de repique em domicílio com 20ml de ropivacaína 0,2%. No mesmo dia, foi retirado cateter de peridural, sem intercorrências. Evoluiu com melhor controle algico pós-operatório comparado à cirurgia anterior. **Discussão:** Há poucos relatos sobre a permanência prolongada do cateter peridural, devido aos riscos de saída acidental, quebra do cateter, infecções e difícil orientação sobre os cuidados. Existem poucos relatos publicados, há mais de 20 anos, de pacientes oncológicos terminais com o cateter peridural de longa permanência (média de 10 a 117 dias) assistidos por profissionais especializados. Assim, faz-se necessária a avaliação sistemática sobre a possibilidade de permanência prolongada do cateter peridural, principalmente domiciliar.

Palavras-chave: Analgesia, Peridural Contínua

REFERÊNCIAS

1. Erdine S, Aldemir T. Long-term results of peridural morphine in 225 patients. *Pain*. 1991;45(2):155-9. [http://doi.org/10.1016/0304-3959\(91\)90182-W](http://doi.org/10.1016/0304-3959(91)90182-W). PMID:1876423.
2. Pimenta CADEM, Teixeira MJ, Correa CF, Fukuda CL. Analgesia peridural: experiência do ambulatório de dor do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. *Rev Bras Cancerol*. 1993;39(4):191-6. <http://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.1993v39n4.3045>.

1476 ANESTESIA PARA CORREÇÃO DE FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR EM PACIENTE COM ATAXIA DE FRIEDREICH: RELATO DE CASO

FELIPE CARPENEDO, ANDREY BERNARDO LOPES GREGO, BRUNA FERNANDA BATTISTUZZI BARBOSA, MARISA PIZZICHINI

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

Introdução: A ataxia de Friedreich (AF) é uma doença neurodegenerativa de herança autossômica recessiva. A condição é caracterizada por sintomas neurológicos progressivos como ataxia, disartria e fraqueza muscular, além de alterações não neurológicas como cardiomiopatia hipertrófica, disfagia, restrições pulmonares e diabetes mellitus. Devido a essas alterações fisiológicas, esses pacientes são mais sensíveis aos agentes anestésicos e menos propensos a tolerar alterações hemodinâmicas e respiratórias durante o perioperatório. **Relato do caso:** Feminino, 62 anos, 62kg, 1,58m, ASA II, diabética, asmática e com diagnóstico de AF há 10 anos. Sem histórico cardíaco ou alterações no ecocardiograma transtorácico. Paciente com fratura diafisária de fêmur direito submetida ao tratamento com haste intramedular. Foi realizada sedação para bloqueio regional do nervo femoral e cutâneo lateral femoral guiado por ultrassonografia com ropivacaína 0,5% 15ml (10ml+5ml, respectivamente). Foi realizada indução venosa com fentanil 100mcg, propofol 90mg e cisatracúrio 6mg, seguida de intubação orotraqueal. A manutenção anestésica foi mantida por via venosa com propofol (100mcg/kg/min) e remifentanil (0,1mcg/kg/min) em bomba de infusão contínua e monitorizada com índice bispectral. O procedimento evoluiu sem intercorrências com duração de duas horas, com o paciente se mantendo estável e sem necessidade de doses adicionais de opioides ou bloqueadores musculares durante a cirurgia. Extubada em sala cirúrgica após reversão inespecífica do bloqueio neuromuscular com neostigmina e encaminhada à unidade de terapia intensiva, saturando 95% com dois litros em cateter nasal de O₂. No dia seguinte, evoluiu sem necessidade de oxigenioterapia ou queixas álgicas com alta para enfermaria. **Discussão:** No caso descrito, a utilização de uma anestesia multimodal associada ao bloqueio regional auxiliou na rápida recuperação e na redução das possíveis complicações com o uso dos anestésicos. A AF causa a degeneração da coluna posterior e dos tratos corticoespinhais e espinocerebelares da medula espinal, podendo levar a raquianestesia a ser um fator de risco para piora dos sintomas neurológicos dessa paciente. A anestesia regional tem sido usada com segurança e sucesso nesses pacientes. O uso de bloqueadores neuromusculares despolarizantes provavelmente acarreta um maior risco de hipercalemia e deve ser evitado, enquanto os bloqueadores adespolarizantes são considerados seguros e sem aumento na duração do bloqueio.

Palavras-chave: Ataxia de Friedreich, Doenças Neuromusculares, Anestesia Regional

REFERÊNCIAS

1. Cook A, Giunti P. Friedreich's ataxia: clinical features, pathogenesis and management. Br Med Bull. 2017;124(1):19-30. <http://doi.org/10.1093/bmb/ldx034>. PMID:29053830.
2. De Castro DS, Duarte LA. Aspectos neuroanatômicos e correlações clínicas da Ataxia de Friedreich. Revista Neurociências. 2013;21(2):302-7. <http://doi.org/10.34024/rnc.2013.v21.8186>.

1477 PÚRPURA TROMBOCITOPÊNICA IDIOPÁTICA E ANESTESIA GERAL PARA CESARIANA: RELATO DE CASO.

BRUNA FARIA OLIVEIRA, IGOR LUCAS PINHEIRO DE SOUSA, KAMILLA MACIEL COSTA SALES, MANUELA NADINE AMUI PINHEIRO

CET HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JULIO MULLER/UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO, CUIABÁ, MT, BRASIL

Introdução: A púrpura trombocitopênica idiopática (PTI) representa 5% das causas de trombocitopenia na gravidez, acometendo entre uma e duas mulheres a cada 1000 gestações. Devido à drástica redução no número de plaquetas, o bloqueio de neuroeixo não é recomendado em parturientes com contagem inferior a $70.000/\mu\text{L}^3$, pelo risco de hematoma espinhal/peridural (HEP), incorrendo em mudança de técnica anestésica. **Relato de caso:** Paciente de 33 anos, primigesta, peso 80kg, tabagista, etilista, diagnóstico de PTI há 15 anos (sem acompanhamento há dois anos) e portadora de diabetes gestacional. Admitida em hospital universitário com 35 semanas de gestação para compensação do quadro hematológico e interrupção da gestação, com plaquetas de $3.500/\mu\text{L}^3$ ao exame de entrada. Cesárea indicada por risco de sangramento materno-fetal e iniciado tratamento com imunoglobulina e corticoide. Onze dias após a internação, completadas as 37 semanas, plaquetas de $27.000/\mu\text{L}^3$, interrupção decidida pela obstetrícia e opção por anestesia geral por parte da equipe de anestesiologia. No centro obstétrico, monitorização multiparâmetros, acesso periférico 16G, pré-oxigenação a 100%, indução em sequência rápida (fentanil 300mcg, lidocaína 80mg, propofol 250mg e suxametônio 80mg) e confirmação por capnografia. Procedimento cirúrgico iniciado, infusão de 1500 ml de cristalóide, pool de 220ml de plaquetas e 25g de imunoglobulina humana, mantendo-se estável hemodinamicamente e sem uso de vasopressor. Ao final, totalizada perda sanguínea de 300ml, a paciente foi extubada e transportada para unidade de terapia intensiva (UTI). Hemograma de controle no pós-operatório imediato revelou hemoglobina 10g/dl, plaquetas de $26.000/\mu\text{L}^3$, recebendo alta da UTI após 24h e alta hospitalar no terceiro dia pós-parto. **Discussão:** A gestação exacerba os quadros de PTI, diminuindo ainda mais o número de plaquetas. Pesquisas na área de anestesia obstétrica mostraram aceitáveis a contagem $> 50.000/\mu\text{L}^3$ se a função plaquetária foi preservada ou pacientes com contagem $>70-80.000/\mu\text{L}^3$, em virtude da incidência incerta de HEP após bloqueio de neuroeixo. Neste relato de caso, a anestesia geral foi a técnica de escolha para abreviação dos riscos hemorrágicos ao binômio materno-fetal sob trombocitopenia importante, mantendo a estabilidade hemodinâmica.

Palavras-chave: gestação, anestesia, púrpura trombocitopênica idiopática

REFERÊNCIAS

1. Apfelbaum JL, Hagberg CA, Caplan RA, et al. Practice guidelines for the management of the difficult airway. *Anesthesiology*. 2013;118(2):251-70. <http://doi.org/10.1097/ALN.0b013e31827773b2>. PMID:23364566.
2. Onisâi M, Vlădăreanu A, Spînu A, Găman M, Bumbea H. Idiopathic Thrombocytopenic Purpura (ITP) – new era for an old disease. *Sciendo*. 2019;57(4):273-83. <http://doi.org/10.2478/rjim-2019-0014>.
3. Goodier CG, Lu JT, Hebbbar L, Segal BS, Goetzl L. NEURAXIAL ANESTHESIA IN PARTURIENTS WITH THROMBOCYTOPENIA: A MULTISITE RETROSPECTIVE COHORT STUDY. *Anesth Analg*. 2015;121(4):988-91. <http://doi.org/10.1213/ANE.0000000000000882>. PMID:26378701.

1480 PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA INDUZIDA POR TEMPESTADE ELÉTRICA DURANTE ANESTESIA PARA ANGIOPLASTIA CORONARIANA: UM RELATO DE CASO

ROXANNE CABRAL PINTO SANTOS, ANA ANGELICA DE ASSUNÇÃO PORTELA, BRUNO VÍTOR MARTINS SANTIAGO, MARCO AURELIO DAMASCENO SILVA, MIRIAM TAGLIATTI GONÇALVES

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

Introdução: A tempestade elétrica cardíaca (TEC) é caracterizada por instabilidade elétrica com três ou mais episódios de taquicardia ventricular, fibrilação ventricular (FV) ou choques para desfibrilação cardíaca em 24 horas. A literatura apresenta poucos dados sobre o respectivo manejo durante a anestesia, sobretudo quando associada à parada cardiorrespiratória (PCR). Contudo, em geral, o tratamento agudo envolve principalmente suporte avançado de vida e identificação de causas reversíveis. **Relato de caso:** JDS, masculino, 58 anos, 171cm e 70kg, com história de hipertensão e tabagismo, evoluiu com infarto agudo do miocárdio (IAM) transmural de parede anterior, com trombólise nas primeiras 6 horas e angioplastia em artéria descendente anterior no dia posterior, sendo encaminhado 72 horas depois para angioplastia de artéria marginal (AMG) sob anestesia. No início do ato apresentava sinais vitais estáveis com noradrenalina e dobutamina endovenosos (EV) em dose baixa em bomba de infusão contínua (BIC). Para ansiólise, administrou-se midazolam (2mg EV). Logo após o balonamento da lesão em AMG, o paciente evoluiu com PCR em FV revertida com cardiodesfibrilação. Em seguida, realizou-se intubação orotraqueal precedida da administração de lidocaína, etomidato e rocuroônio EV e manutenção da anestesia geral com sevoflurano. Com a tentativa de implante de *stent* em AMG, o paciente evoluiu com TEC (múltiplas arritmias ventriculares intermitentes) e PCRs de curta duração revertidas por desfibrilações e cardioversões elétricas (CVE) sincronizadas. Ademais, administraram-se amiodarona, lidocaína, sulfato de magnésio e gluconato de cálcio (endovenosos), todavia, sem alteração do quadro após três horas. Assim, optou-se por marcapasso (MP) transvenoso, com o qual foi alcançada estabilidade elétrica cardíaca imediata. O paciente foi encaminhado para terapia intensiva, onde manteve-se grave e após três dias cursou com nova TEC e PCR refratária às manobras de ressuscitação, evoluindo a óbito. **Discussão:** A TEC é um desafio clínico e seu manejo inicial inclui a identificação de causas reversíveis (drogas pró-arrítmicas, IAM, distúrbios eletrolíticos e outros). Em caso de PCR, as diretrizes recomendam ressuscitação cardiopulmonar e CVE, além de amiodarona. No caso relatado, o paciente não respondeu às terapias citadas, evoluindo com estabilidade após implantação de MP, a qual não é a abordagem convencional para TE, sendo, portanto, uma condição que necessita de mais estudos acerca das condutas adequadas, em especial durante a anestesia.

Palavras-chave: Anestesia em procedimentos cardíacos, Parada cardiorrespiratória, Taquiarritmias ventriculares

REFERÊNCIAS

- Guarracini F, Bonvicini E, Zanon S, et al. Emergency management of electrical storm: a practical overview. *Medicina*. 2023;59(2):405. <http://doi.org/10.3390/medicina59020405>.
- McCabe MD, Cervantes R, Kewcharoen J, Sran J, Garg J. Quelling the storm: a review of the management of electrical storm. *J Cardiothorac Vasc Anesth*. 2023;37(9):1776-84. <http://doi.org/10.1053/j.jvca.2023.05.029>.

1482 ESTRATÉGIA ANESTÉSICA EM OBSTETRÍCIA PARA PACIENTE COM DEFICIÊNCIA DO FATOR VII DE COAGULAÇÃO: RELATO DE CASO

DANILO MARQUES DE AQUINO, GUILHERME GROTO SANTOS, JOSÉ MATOS DE OLIVEIRA NETO, LUISA LOBO SOUSA

FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FRANCA, FRANCA, SP, BRASIL

Introdução: A deficiência de fator VII (FVII) da coagulação é uma condição rara, autossômica recessiva, caracterizada por uma pobre correlação entre o nível de atividade coagulante do FVII e os sintomas hemorrágicos. É a mais prevalente entre as coagulopatias hereditárias raras e não possui relação étnica. Pode apresentar manifestações clínicas como equimoses, hematomas, epistaxes e, em mulheres, menorragia, menometrorragia e sangramento no período pós-parto. **Relato de caso:** LMF, 20 anos, G2POC1A0, 38 semanas de gestação, com diagnóstico prévio de deficiência de FVII, submetida à cesárea eletiva pela equipe de obstetrícia. Exames laboratoriais pré-operatórios INR 3,69, TAP 39,2 segundos e com atividade do FVII de 2%. Optou-se por anestesia geral com utilização de remifentanil, propofol, rocurônio e foi feita manutenção com sevoflurano. Na indução anestésica, de acordo com o Manual de Coagulopatias Hereditárias Raras do Ministério da Saúde (MS), foram administrados 15mg/kg de ácido tranexâmico e fator recombinante de coagulação VII ativado (FVIIa) 30mcg/kg de peso. Procedimentos anestésicos e cirúrgicos sem intercorrências. Paciente encaminhada para pós-operatório em Unidade de Terapia Intensiva para vigilância clínica, mantido ácido tranexâmico 15mg/kg de 8 em 8 horas e FVIIa de 4 em 4 horas. **Discussão:** O FVII é uma glicoproteína sintetizada pelo fígado e possui papel crucial na iniciação da coagulação sanguínea. Após uma lesão vascular, o fator tecidual (FT) presente na superfície endotelial é exposto, ativa o FVII e forma o complexo FT-FVIIa, o qual ativa os fatores X e IX, levando à formação de fibrina. Na maioria dos casos, as manifestações hemorrágicas são brandas. Entretanto, pacientes com níveis menores que 8% de atividade do FVII possuem maior risco de evento hemorrágico grave. Desse modo, optou-se por administração do FVIIa na indução anestésica e a paciente foi mantida no pós-operatório de acordo com orientações da equipe de hematologia. Não há dados na literatura que associem níveis quantificáveis do fator para realização de bloqueios de neuroeixo, no entanto, recomenda-se que tal técnica seja realizada apenas na deficiência leve a moderada quando a terapia de reposição for realizada previamente. No caso relatado, optou-se pela anestesia geral, visto que a atividade era de 2%. Por fim, recomenda-se que o parto dessas pacientes seja realizado em centros com acesso imediato a hemoderivados e FVIIa.

Palavras-chave: Neuroeixo, Fator VII, Coagulopatias

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Manual das Coagulopatias Raras. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
2. Peterson W, Tse B, Martin R, Fralick M, Sholzberg M. Evaluating hemostatic thresholds for neuraxial anesthesia in adults with hemorrhagic disorders and tendencies: a scoping review. Res Pract Thromb Haemost. 2021;5(4):e12491. <http://doi.org/10.1002/rth2.12491>. PMID:33977207.

1484 BRADICARDIA E PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA EM ANESTESIA PEDIÁTRICA: RELATO DE CASO.

IGOR LUCAS PINHEIRO DE SOUSA, ALINE MARIA LIMA DE ASSIS, LUCIANA MATHIAS DE CAMARGO, MANUELA PESSOA CRUZ, VIRGÍNIA GUIMARAES CARELLOS SILVA AGUIAR

CET HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JULIO MULLER/UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO, CUIABÁ, MT, BRASIL

Introdução: A parada cardiorrespiratória (PCR) é a complicação anestésica mais grave, sendo um evento com baixa incidência em cirurgias eletivas, mas com alto risco de dano neurológico e óbito. Hipoxemia, depressão cardiovascular e sobredose de medicamentos são as causas mais comuns de PCR relacionada à anestesia. **Relato de caso:** Paciente com proposta de adenoamigdalectomia, sexo feminino, 4 anos, 13kg, sem comorbidades, passado cirúrgico, alergia medicamentosa ou sintomas respiratórios recentes. Foi administrado dexmedetomidina 40mcg intranasal como pré-anestésico. A paciente foi monitorizada, apresentando sinais vitais iniciais dentro da normalidade. Indução inalatória com sevoflurano e endovenosa (EV) com fentanil 50mcg, lidocaína 40mcg e propofol 60mg, seguida de intubação orotraqueal. Confirmada capnografia e mantido sevoflurano. Após a indução, a paciente apresentou bradicardia, administrando-se 0,25mg de atropina EV, sem resposta, repetida a dose. A paciente evoluiu com sinais de perfusão inadequada e ritmo cardíaco de Atividade Elétrica Sem Pulso, sendo realizada reanimação cardiopulmonar por três minutos e 0,1mg de adrenalina EV, com retorno da circulação espontânea e ritmo cardíaco sinusal. Descartaram-se hipoxemia, broncoespasmo, hipoglicemia, hipotermia, ou alterações sugestivas de anafilaxia. A paciente foi extubada e encaminhada à Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. Após dois anos, a paciente retornou para realização do procedimento. Na avaliação pré-anestésica, foram realizados exames laboratoriais, eletrocardiograma e ecocardiograma, todos sem alterações. Foi administrado midazolam 5mg oral como pré-anestésico e procedida indução inalatória com sevoflurano e EV com fentanil 50mcg, lidocaína 20mg, propofol 50mg e cisatracúrio 2mg. Foi realizada intubação orotraqueal e mantido o sevoflurano. Ato anestésico sem intercorrências. **Discussão:** A ocorrência de PCR perioperatória na população pediátrica em cirurgia eletiva, apesar de rara, é mais prevalente que em adultos jovens. Alguns fatores de risco podem ser avaliados no pré-anestésico, possibilitando maior preparo da equipe. Neste caso, não foi possível identificar o fator específico da PCR, mas foram descartadas as suas principais causas. De toda forma, na segunda tentativa da cirurgia, optou-se por evitar o uso de dexmedetomidina pelo seu potencial efeito de bradicardia, principalmente quando associado a outros anestésicos cardiodepressores.

Palavras-chave: bradicardia, parada cardiorrespiratória, anestesia pediátrica

REFERÊNCIAS

1. Cronemberger APR, Martins MP. Ressuscitação cardiopulmonar. In: Manica J., editor. Anestesiologia. 4. ed. São Paulo: Artmed; 2018. p. 1450-1452
2. Foz C, Staffa SJ, Brown ML, et al. Predictors and outcomes of perioperative cardiac arrest in children undergoing noncardiac surgery. BJA Open. 2023;8:100244. .. <http://doi.org/10.1016/j.bjao.2023.100244>.

1485 ANESTESIA PARA CIRURGIA CITORREDUTORA COM QUIMIOTERAPIA INTRATORÁCICA HIPERTÉRMICA (HITOC)

VALÉRIA MENESES SOUSA, NEUSA TSUGUIE ONARI, RAPHAEL DE MORAES P CHAVES

FUNDAÇÃO PIO XII - HOSPITAL DE AMOR BARRETOS, BARRETOS, SP, BRASIL

A cirurgia citorredutora com quimioterapia intratorácica hipertérmica (HITOC) é relatada como uma terapia cirúrgica promissora para pacientes selecionados com neoplasias pleurais. Associada à terapia multimodal, está disponível a pacientes com mesotelioma pleural maligno, timomas e carcinose pleural secundária, oferecendo taxas de sobrevida livre de tumor significativamente maiores. No entanto, há pouca experiência e escassez de informação sobre o manejo perioperatório desses pacientes, uma vez que se apresentam em estado pré-operatório ruim. Trata-se de uma cirurgia é agressiva, prolongada e associada a repercussões hemodinâmicas importantes. [1, 2] Considerando um desafio ao anestesiologista, este relato de caso oferece exemplo de manejo anestésico de paciente submetido à cirurgia citorredutora e HITOC no Hospital de Amor. Paciente, JFLR, 35 anos, feminino, ASA III com diagnóstico oncológico de timoma B2 cT3cN2M1, além de HAS e hipotireoidismo, IMC 26 kg/m², submetida à cirurgia de citorredução e HITOC. A anestesia incluiu passagem de cateter de peridural com administração de ropivacaína a 0,3% e morfina 2 mg e anestesia geral venosa total com propofol e remifentanil. Além da monitorização com eletrocardiograma, oximetria de pulso e capnografia também constavam pressão arterial invasiva, temperatura nasofaríngea, índice bispectral, pressão venosa central e monitorização hemodinâmica invasiva, incluindo termodiluição transpulmonar. Durante todo o intraoperatório, manejo de ventilação monopulmonar e realização de quimioterapia com cisplatina, manteve-se variação de temperatura de 41 a 42°C por uma hora, foram infundidos 3L de cristaloides, com 2L de plasmalyte e 200 ml de albumina. O sangramento foi estimado em 250 ml, sem necessidade de transfusão de hemoderivados, porém com uso de noradrenalina a 0,06 mcg/kg/min. Ao final, optou-se pela analgesia contínua em cateter de peridural com infusão de ropivacaína a 0,16% e fentanil 1mcg/ml a 5 ml/h. A extubação ocorreu sem intercorrências e a paciente foi encaminhada à UTI orientada e em ventilação espontânea. O manejo anestésico em cirurgia de citorredução e HITOC demanda atenção e eficiência do profissional a fim de reduzir os efeitos hemodinâmicos deletérios do procedimento, além de otimizar a analgesia e prevenir complicações. Não há padronização para a HITOC no manejo perioperatório ideal desses pacientes, no entanto, é possível realizá-lo adaptando experiências internacionais relatadas e protocolos individuais. [2]

Palavras-chave: HITOC, hyperthermic intrathoracic chemotherapy, Cytoreductive surgery

REFERÊNCIAS

1. Unigarro-Londoño F, Navarro-Ripoll R, Sánchez-Lorente D, Molins L. Perioperative anaesthetic management of patients undergoing thoracic cytoreductive surgery and HITHOC. *Ann Transl Med.* 2021;9(11):956-64. <http://doi.org/10.21037/atm-20-6221>. PMID:34350271.
2. Ried M, Kovacs J, Markowiak T, et al. Hyperthermic Intrathoracic Chemotherapy (HITOC) after cytoreductive surgery for pleural malignancies: a retrospective, multicentre study. *Cancers (Basel).* 2021;13(18):4580-96. <http://doi.org/10.3390/cancers13184580>. PMID:34572806.

1487 ANESTESIA PARA ABORDAGEM DE OSTEOMIELITE EM FÊMUR DE CRIANÇA COM DEFICIÊNCIA DO CDKL5 RELATO DE CASO

ISABELLA RODRIGUES REIS, CELSO EDUARDO REZENDE BORGES, GABRIELA DA SILVA MACHADO, JOÃO PAULO JORDÃO PONTES, PABLINE VANIN CLAUDINO

CET INTEGRADO DE UBERLÂNDIA-MG, UBERLÂNDIA, MG, BRASIL

Introdução: A encefalopatia epiléptica e de desenvolvimento relacionada ao Gene 5 semelhante à quinase dependente de ciclina (CDKL5-DEE) é caracterizada por convulsões refratárias ao tratamento médico, geralmente com início nos primeiros dois meses de vida e comprometimento grave do desenvolvimento neurológico. É uma condição rara, ligada ao cromossomo X, com uma proporção de 4:1 entre mulheres e homens. A síndrome é letal durante a vida fetal no sexo masculino. O prognóstico é ruim, com a maioria dos pacientes apresentando epilepsia refratária e deficiência intelectual; uma minoria consegue deambular.

Relato de caso: Feminino, 5 anos, 15 Kg, P3, com deficiência do CDKL5, encaminhada para reabordagem cirúrgica de osteomielite em fêmur esquerdo após osteotomia femoral. Em uso de fenobarbital, lacosamida, lamotrigina e levetiracetam. Como dispositivos apresenta cateter central de inserção periférica (PICC) prévio e gastrostomia. Após monitorização com cardioscopia, pressão não invasiva e oximetria de pulso. Intubação orotraqueal com videolaringoscópio, indução realizada com 40mg de propofol, 50 mcg de fentanil e 20mg de lidocaína. Anestesia mantida com sevoflurano a 2%. Durante o intraoperatório, foram realizadas profilaxia da hipotermia por meio de aquecimento ativo com ar forçado e monitorização da temperatura da paciente. Ao final do procedimento, a paciente foi extubada em sala e encaminhada a SRPA, sem intercorrências durante o ato anestésico. **Discussão:** Em pacientes com CDKL5-DEE, deve-se sempre estar preparado para uma via aérea difícil, devido a fatores complicadores potenciais, tais como microcefalia, sialorreia intensa, hipotonia e dificuldade de posicionamento adequado. Além da necessidade de evitar drogas anestésicas epileptogênicas, como etomidato, cetamina, enflurano, meperidina, metoclopramida e o flumazenil. Os relaxantes musculares adespolarizantes prolongam o bloqueio neuromuscular em pacientes hipotônicos e o uso da succinilcolina pode induzir hipercalemia e aumento do intervalo QT. O sevoflurano não deve ser utilizado em concentrações superiores a 1,5 CAM, tampouco na presença de hipocapnia. Terapia anticonvulsivante crônica poderá alterar o metabolismo de determinadas drogas. Apesar de muitos pacientes não serem cooperativos, a sedação pré-operatória deve ser evitada. As reservas pulmonares limitadas e o aumento da sensibilidade à depressão respiratória são deletérios, devendo-se também realizar o monitoramento pós-operatório da função respiratória.

Palavras-chave: Neurologia, Síndrome, Genética

REFERÊNCIAS

1. Oliveira CRD, Nunes RR, De Azevedo RA. Anestesia e doenças incomuns coexistentes. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Anestesiologia; 2017.
2. Shellhaas R. Overview of infantile epilepsy syndromes. Up To Date; 2023 [citado em 2023 Jan 5]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-infantile-epilepsy-syndromes>.

1489 ANESTESIA EM UMA CESARIANA ASSOCIADA A HISTERECTOMIA POR PLACENTA PERCRETA: UM RELATO DE CASO

MICAELLA RONCHI TESTONI, AMANDA GOMES FONSECA, DANIELLE MODENA VALENTE

HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN, ITAJAÍ, SC, BRASIL

Introdução: O espectro da placenta acreta é um importante fator que afeta a mortalidade e morbidade materna. Placenta acreta é a segunda maior causa de hemorragia periparto e a principal causa de histerectomia periparto. Em casos de placenta percreta, a mortalidade materna pode alcançar 7%, enquanto a fetal, 9%. **Relato de caso:** Mulher, 37 anos, idade gestacional 35+5. Histórico de 5 gestações prévias, incluindo três partos cesarianos e um aborto. Classificada como ASA III, 168cm de altura e 102kg. Paciente admitida em centro cirúrgico hemodinamicamente estável, para realização de cesariana e histerectomia via abdominal intraparto eletivas, devido à presença de iteratividade e placenta acreta diagnosticada previamente. Optou-se por iniciar o procedimento com raquianestesia para a cesariana, com monitoramento invasivo da pressão arterial por meio de uma artéria radial. Durante o parto, foram administrados ácido tranexâmico, ocitocina e metilergometrina. Posteriormente, a anestesia foi convertida para geral balanceada em sequência rápida para início da histerectomia, mantendo-se parâmetros protetivos de ventilação mecânica. Durante o procedimento, foi observada placenta percreta com vascularização intensa em todo o segmento inferior e posterior, sendo necessária a administração adicional de ácido tranexâmico. Houve hemorragia significativa durante a histerectomia, com perda volêmica estimada de dois litros em cerca de 5 minutos e uma perda total estimada de 5 litros. A hipotensão decorrente foi corrigida com o uso de metaraminol, norepinefrina e efedrina, enquanto a reposição volêmica foi realizada com 4 concentrados de hemácias, 10 crioprecipitados, dois litros de ringer lactato e dois litros de soro fisiológico a 0,9%. **Discussão:** A placenta acreta é caracterizada pela aderência anormal da placenta à parede uterina com invasão da placenta por meio da decídua. O diagnóstico pré-natal é feito a partir da ultrassonografia, sendo os principais fatores de risco associados à manipulação prévia do endométrio. Nesses casos, a combinação de anestesia regional e geral é frequentemente recomendada. A anestesia geral é preferível para situações em que há previsão de grande perda volêmica e coagulopatia. A invasão trofoblástica anormal e a atividade trofoblástica aumentada aumentam o risco de coagulação anormal, tanto local quanto sistemicamente. Durante o parto, o aumento do fluxo sanguíneo na artéria uterina pode levar a uma hemorragia descontrolada devido à ruptura dos vasos sanguíneos dilatados.

Palavras-chave: Placenta Acreta, Mortalidade Materna, Hemorragia Uterina

REFERÊNCIAS

1. Park H-S, Cho H-S. Management of massive hemorrhage in pregnant women with placenta previa. *Anesth Pain Med.* 2020;15(4):409-16. <http://doi.org/10.17085/apm.20076>.
2. Snegovskikh D, Clebone A, Norwitz E. Anesthetic management of patients with placenta accreta and resuscitation strategies for associated massive hemorrhage. *Curr Opin Anaesthesiol.* 2011;24(3):274-81. <http://doi.org/10.1097/ACO.0b013e328345d8b7>. PMID:21494133.

1497 MAPEAMENTO DO PLANO TERAPÊUTICO DOS PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS DO PROGRAMA MELHOR EM CASA

THYAGO DOUGLAS PEREIRA MACHADO, CAIO VINÈ ROCHA, DEMETRIUS DE SOUZA E SILVA, JOSIMEIRY CAETANO OLIVEIRA ROSA, SALOMÃO SAMPAIO SARAIVA

FACULDADE DE ENSINO AMAZÔNIA REUNIDA-FESAR, REDENÇÃO, PA, BRASIL

Introdução: Os cuidados paliativos, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), desenvolvem uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes e familiares que enfrentam o processo de adoecimento crônico, ameaçando a vida do indivíduo¹. **Objetivos:** Mapear o plano terapêutico dos pacientes em cuidados paliativos que estão inseridos no Programa Melhor em Casa. **Método:** Trata-se de um estudo quanti-qualitativo, descritivo e prospectivo, seguindo os padrões bioéticos estabelecidos nas normas de pesquisa envolvendo seres humanos, Resolução nº466/12 cnes/ms. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), CAAE: 74635423.8.0000.8104. Todos os participantes receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e manifestaram seu aceite por escrito. **Resultados:** Estamos na fase de coleta de dados e discutindo sobre a triagem de pacientes mais doentes, para que sejam atendidos pelos cuidados paliativos do Programa Melhor em Casa. Os esforços devem ser direcionados não apenas para aumentar o encaminhamento precoce para cuidados paliativos, mas também novas intervenções psicoeducativas destinadas a facilitar uma melhor compreensão dos cuidados pelos pacientes com doenças degenerativas. Até o momento, os pacientes cujos dados foram coletados têm diagnóstico de trauma raquimedular, esclerose lateral amiotrófica, câncer e politraumatismo, acidente vascular encefálico. Esses pacientes estão sendo acompanhados pela equipe multiprofissional, a qual coletou informações relacionadas ao plano terapêutico desenvolvido com os pacientes e as condutas realizadas. Estão sendo tabulados os dados do perfil dos pacientes e as informações da continuidade dos planos terapêuticos realizados pela equipe multidisciplinar. Segundo as informações da literatura, as principais doenças que requerem cuidados paliativos, conforme as estimativas (OMS) no contexto dos adultos (indivíduos com 15 anos ou mais), são as cardiovasculares (38,5%), as neoplasias (34,0%), a doença pulmonar obstrutiva crônica (10,3%), a Aids (5,7%) e o diabetes mellitus^{2 3}. **Conclusões:** No Brasil, a atenção de qualidade voltada aos cuidados paliativos constitui um desafio aos indivíduos que ficam acamados ou restritos ao domicílio, fazendo-se necessária uma atenção maior a esses pacientes, assim melhorando o acompanhamento multiprofissional do Programa Melhor em Casa.

Palavras-chave: DOR, PLANO TERAPÊUTICO, CUIDADOS PALIATIVOS

REFERÊNCIAS

1. Sampaio SGSM, Motta LB, Caldas CP. Value-based medicine and palliative care: how do they converge? Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res. 2019;19(5):509-15. <http://doi.org/10.1080/14737167.2019.1651645>.
2. BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. A avaliação do paciente em cuidados paliativos. Rio de Janeiro: INCA; 2022.
3. Hidalgo CMT Fo, Freitas AJA, Abreu LS, Santiago HR, Campolina AG. Spiritual needs among hospitalized patients at a public hospital in Brazil: a cross-sectional study. Sao Paulo Med J. 2023;141(2):125-30. <http://doi.org/10.1590/1516-3180.2021.0985.r2.19052022>.

1499 ANESTESIA PARA CIRURGIA DE HEMORROIDECTOMIA EM PACIENTE COM SÍNDROME PÓS POLIOMIELITE RELATO DE CASO

ISABELLA RODRIGUES REIS, ANDREA BOUCAS CALDEIRANI, GABRIELA DA SILVA MACHADO, JOÃO PAULO JORDÃO PONTES, RAPHAEL DE ALMEIDA CARVALHO

CET INTEGRADO DE UBERLÂNDIA-MG, UBERLÂNDIA, MG, BRASIL

Introdução: A síndrome pós-poliomielite (SPP) é uma condição caracterizada por fraqueza muscular nova ou progressiva que se desenvolve nas décadas seguintes a uma infecção por poliomielite. A SPP ocorre em até metade dos pacientes com infecção prévia de poliomielite. A causa da SPP ainda é desconhecida. **Relato de caso:** Feminino, 53 anos, 87 kg, P2, com SPP, paraparesia de membros inferiores, disfagia, apneia obstrutiva do sono e doença do refluxo gastro esofágico (DRGE), encaminhada para hemorroidectomia, seguida de monitorização com cardioscopia, pressão não invasiva e oximetria de pulso. Intubação orotraqueal com videolaringoscópio, indução realizada com 250 mcg de fentanil, 80 mg de lidocaína, 170 mg de propofol e 90 mg de succinilcolina em sequência rápida. Anestesia mantida com sevoflurano a 2%. Ao final do procedimento cirúrgico, foi realizado bloqueio do nervo pudendo com levobupivacaína 0,375% guiado por neuroestimulador, em seguida a paciente foi extubada em sala e encaminhada a SRPA, sem intercorrências durante o ato anestésico. **Discussão:** Pacientes com SPP possuem sensibilidade aumentada aos anestésicos locais (AL) e aos bloqueadores musculares adespolarizantes. Devido ao risco de efeitos adversos destes últimos, juntamente ao potencial de comprometimento da função respiratória basal para muitos pacientes com SPP, é aconselhável o uso de agentes anestésicos de curta ação ou mesmo evitá-los. Doenças prévias do sistema nervoso central e periférico constituem uma contraindicação relativa a anestésias neuroaxiais e, devido à escassez de literatura a respeito de sua segurança, há hesitação em se indicar o uso dessas técnicas em pacientes com déficits neuromusculares, considerando a preocupação em exacerbação da doença. Risco de trauma mecânico provocado pela agulha ou cateter, toxicidade pelo AL, isquemia neural secundária a epinefrina, predisposição do paciente e implicações médico-legais seriam alguns fatores para justificar esse cuidado. A decisão entre anestesia geral ou regional se deve à avaliação da relação entre riscos e benefícios de cada técnica. Além da monitoração rigorosa no pós-operatório imediato, ressalta-se a necessidade de avaliação pré-operatória detalhada dos pacientes com SPP, incluindo detalhes da doença aguda e registros dos déficits das condições basais. É importante ainda a pesquisa cuidadosa de certas condições, como apneia do sono, sintomas de disfagia e DRGE, como era o caso da paciente relatada.

Palavras-chave: Anestesia, Síndrome Pós-Poliomielite, Hemorroidectomia

REFERÊNCIAS

1. Rezende DPS, Rodrigues MR, Costa VV, Arci ÉCP, Saraiva R. Pacientes com seqüelas de poliomielite: a técnica anestésica impõe risco? Rev Bras Anesthesiol. 2008;58(3):210-9. <http://doi.org/10.1590/S0034-70942008000300003>. PMID:19378516.
2. Lambert DA, Giannouli E, Schmidt BJ, Warltier DC. Postpolio syndrome and anesthesia. Anesthesiology. 2005;103(3):638-44. <http://doi.org/10.1097/00000542-200509000-00029>. PMID:16129991.

1500 DUODENOPANCREATECTOMIA EM PACIENTE COM RECUSA AO USO DE HEMOCOMPONENTES. UM RELATO SOBRE O GERENCIAMENTO DO SANGRAMENTO

RAFAEL KATSUNORI WATANABE, 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: O desacordo dos pacientes Testemunhas de Jeová em aceitar hemocomponentes suscita questões éticas e jurídicas referentes à prestação otimizada de cuidados de saúde. O objetivo deste relato é descrever os manejos pré e intraoperatórios com o uso de medicamentos e o emprego de um sistema de autotransusão em benefício do paciente com recusa ao manejo de hemocomponentes, para se adequar aos dogmas religiosos. **Relato de caso:** Paciente do sexo masculino, 69 anos, 80 Kg, Testemunha de Jeová, com histórico de diagnóstico de câncer de pâncreas há um mês, submetido à cirurgia duodenopancreatectomia aberta, sob anestesia geral, puncionado um acesso venoso central em veia jugular interna direita e instalação de sistema de aferição de pressão arterial média por meio de transdutor de pressão. Apresentava valores iniciais de hemoglobina (Hb) 12,4 g/dL e hematócrito (HT) 40%. Foi proposta pela equipe assistente a utilização de alfaepoetina 10000 UI, duas ampolas subcutâneas ao dia por três dias e sulfato ferroso endovenoso 200 mg/10ml uma vez ao dia por 5 dias pré-operatório. No intraoperatório foram administrados 8000mL de cristalóide e 2000mL de coloide (albumina 1%), o *cell saver* foi utilizado com a prévia permissão do paciente, sendo processados 2700mL com retorno de 514mL de sangue. Foram contabilizados aproximadamente 6500mL de fluidos em compressas e 300mL de diurese. Foram registradas temperaturas entre 36 e 37 graus e administrados dois gramas de ácido tranexâmico. O procedimento teve duração de 9 horas, com necessidade de baixas doses de drogas vasoativas. Ao final da cirurgia, o paciente foi encaminhado à UTI em IOT, sendo compensado hemodinamicamente com Hb 9,8 g/dL e HT 29,70 g/dL. **Discussão:** Vários são os fatores aos quais devemos nos atentar ao se tratar de paciente com recusa a aceitar hemocomponentes. Desse modo, o Consenso da Associação Brasileira de Hematologia, Hemoterapia e Terapia sobre *Patient Blood Management* (PBM) discorre sobre os três principais pilares para um ótimo tratamento relacionado a esse tema: ótimo preparo pré, intra e pós-operatório, tendo em vista a correta administração no caso supracitado.

Palavras-chave: *Cell Saver*, Hemocomponentes, Testemunha de Jeová

REFERÊNCIAS

1. Associação Brasileira de Hematologia. Hemoterapia e Terapia Celular. Consenso da Associação Brasileira de Hematologia, Hemoterapia e Terapia Celular sobre Patient Blood Management. São Paulo: ABHH; 2023.

1502 SEDAÇÃO COMBINADA DE DEXMEDETOMIDINA-CETAMINA EM PACIENTE PEDIÁTRICO SUBMETIDO A BRONCOSCÓPIA POR ASPIRAÇÃO DE CORPO ESTRANHO: UM RELATO DE CASO

THAYS SILVA RODRIGUES, BIANCA RODRIGUES DA MOTA, GUILHERME COELHO MACHADO NUNES, LEANDRO CRISCUOLO MIKSCHKE, PAULO SERGIO MATEUS MARCELINO SERZEDO

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

Acidentes na infância, principalmente aspiração de corpo estranho (ACE), são comuns e representam uma grande parte da morbimortalidade pediátrica no Brasil. A broncoscopia é o procedimento padrão para remoção do corpo estranho, mas a sedação é desafiadora, especialmente devido aos riscos respiratórios inerentes à faixa etária pediátrica, às complicações por ACE e ao procedimento. Este relato de caso discute o uso bem-sucedido da combinação de dexmedetomidina-cetamina para sedação durante uma broncoscopia, destacando sua segurança e eficácia com relação a evitar eventos adversos respiratórios em comparação a outras opções sedativas. **Relato de caso:** Paciente A.S., dois anos e 4 meses, peso de 12kg, classificação ASA1, submetido à broncoscopia devido à aspiração de corpo estranho (amendoim). Apresentava inflamação acentuada das vias aéreas, com produção excessiva de secreção, tosse e broncoespasmo. Após controle parcial dos sintomas com tratamento clínico, foi indicada a broncoscopia para remoção do corpo estranho, ressaltando-se a contraindicação do procedimento em caso de insuficiência ventilatória aguda. Durante a sedação, a indução foi realizada com sevoflurano por máscara facial, utilizando concentrações progressivas de 8%, 5% e 4%, até que fosse possível realizar a laringoscopia com visualização direta da epiglote e das cordas vocais. Foi aplicada anestesia tópica com lidocaína nos pilares amigdalianos e, em seguida, intensificada a anestesia com doses tituladas de dexmedetomidina até se atingir 1 mcg/kg e 1 mg/kg de cetamina, introduzindo-se a máscara laríngea (ML) e um broncofibroscópio flexível por dentro dela. Foi realizada anestesia transtraqueal com lidocaína a 1% e o paciente foi mantido em ventilação espontânea.

Palavras-chave: Aspiração respiratória, Sedação profunda, Broncoscopia

REFERÊNCIAS

1. Zhang J, YIN J, Li Y, Zhang Y, Bai Y, Yang H. Effect of dexmedetomidine on preventing perioperative respiratory adverse events in children: a systematic review and metaanalysis of randomized controlled trials. 2023;25(6):286.. <http://doi.org/10.3892/etm.2023.11985>.
2. Li HP, Liu KP, Yao L. Dexmedetomidine in combination with ketamine for pediatric procedural sedation or premedication: A meta-analysis. Am J Emerg Med. 2021;50:442-8.; published online August 31, 2021. <http://doi.org/10.1016/j.ajem.2021.08.073>. PMID:34492589.
3. Amer AM, Youssef AM, El-Ozairy HS, El-Hennawy AM. Propofol-ketamine versus dexmedetomidine-ketamine for sedation during upper gastrointestinal endoscopy in pediatric patients: a randomized clinical trial. Braz J Anesthesiol. 2020;70(6):620-6. <http://doi.org/10.1016/j.bjane.2020.09.006>. PMID:33293038.

1531 ANALGESIA PÓS-OPERATÓRIA EM CIRURGIAS DE CÂNCER DE MAMA: TÉCNICAS ANESTÉSICAS E PAPEL DAS CITOCINAS

RAFAELA BARCELOS ANDRADE, FLORA MARGARIDA BARRA BISINOTTO, LETICIA TEREZA DORNELAS DE MELO, NATALIA NUNES SANTOS, PAULA BORELA PERFEITO ABUD

LIGA ACADÊMICA DE ANESTESIOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO, UBERABA, MG, BRASIL

Introdução: As cirurgias de mama são uma parte crucial do tratamento do câncer de mama, que vem se desenvolvendo e se tornando mais conservadoras ao longo do tempo, contudo, muitas mulheres precisam se submeter à mastectomia radical e 60% das pacientes submetidas à cirurgia de mama terão dor aguda intensa. A dor pós-operatória tratada inadequadamente está associada à ativação do sistema nervoso simpático, ao aumento do uso de opioides perioperatórios e ao aumento do risco de desenvolver dor persistente após a cirurgia. Em grandes cirurgias mamárias, a anestesia regional, como bloqueio do plano erector da espinha (ESPB), deve ser considerada para alívio adicional da dor. Algumas citocinas pró-inflamatórias estão envolvidas no início e na persistência da dor patológica, ativando diretamente neurônios sensoriais nociceptivos. **Objetivos:** Relacionar a dor pós-operatória com a técnica anestésica e o uso de analgésicos, comparar os níveis séricos de citocinas pré-operatórios com os valores pós-operatórios e determinar a influência da técnica anestésica na dosagem de citocinas plasmáticas. **Métodos:** Foi realizado um estudo duplo-cego, controlado e randomizado com 36 mulheres submetidas a cirurgias oncológicas nas mamas. Os pacientes foram alocados em dois grupos: um grupo recebeu apenas anestesia geral (grupo G; n=20) e o outro grupo recebeu bloqueio do plano erector da espinha (ESPB) (grupo E; n=16). Foram avaliados o consumo de opioides de resgate nas primeiras duas horas de pós-operatório, a dor (Escala Visual Analógica) em 2, 24 e 48 horas após a cirurgia e os níveis séricos de TNF- α , IL-8 e IL-1 pré-operatório e aos 24 e 48 horas após a cirurgia. **Resultado:** Dor moderada ou intensa foi mais frequente no grupo G, tanto para mastectomia quanto para quadrantectomia, 24 horas após a cirurgia (p=0,016). Os níveis séricos de TNF- α foram muito semelhantes no pré-operatório e 24 horas após a cirurgia, com redução significativa somente após 48 horas (p= 0,010). Os níveis de IL-8 foram menores no grupo E que no grupo G (p=0,029), havendo redução de IL-8 após 24 horas da cirurgia (p<0,001). Houve aumento dos níveis de IL-1 após 48 horas da cirurgia (p<0,001). **Discussão:** O estudo implica a possibilidade de mudanças no protocolo de analgesia para cirurgias de câncer de mama, desde que comprove a eficácia do ESPB. Essa técnica é uma anestesia alternativa de fácil acesso e execução, que reduziria internações e custos hospitalares.

Palavras-chave: citocinas E anestesia geral, bloqueio do músculo erector da espinha, cirurgias de câncer de mama

REFERÊNCIAS

1. Urits I, Charipova K, Gress K, et al. Expanding role of the erector spinae plane block for postoperative and chronic pain management. *Curr Pain Headache Rep.* 2019;23(10):71. <http://doi.org/10.1007/s11916-019-0812-y>. PMID:31372769.
2. Cata JP, Corrales G, Speer B, Owusu-Agyemang P. Postoperative acute pain challenges in patients with cancer. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol.* 2019;33(3):361-71. <http://doi.org/10.1016/j.bpa.2019.07.018>. PMID:31785721.
3. Fassoulaki A, Triga A, Melemenis A, Sarantopoulos C. Multimodal analgesia with gabapentin and local anesthetics prevents acute and chronic pain after breast surgery for cancer. *Anesth Analg.* 2005;101(5):1427-32. <http://doi.org/10.1213/01.ANE.0000180200.11626.8E>. PMID:16244006.

1532 **COMPLICAÇÃO CARDÍACA INTRAOPERATÓRIA RELACIONADA À SOLUÇÃO COM ADRENALINA 2%: UM RELATO DE CASO**

GABRIELA ROSA DA SILVA COSTA, EDUARDO SOUSA MACHADO ARANTES, JOÃO PAULO CANDIDO NASCIMENTO E SILVA, LARISSA DE ALMEIDA NUNES, LEANDRO ELYADES MIRANDA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CATALÃO - HOSPITAL NASR FAIAD., CATALÃO, GO, BRASIL

A técnica analgésica de escolha para a artroscopia de ombro consiste no bloqueio interescalênico do plexo braquial (IPB). Ademais, visando a uma melhor visualização cirúrgica, a equipe utiliza a epinefrina como componente do soro de infusão artroscópica. Um paciente de 45 anos, classificação ASA I, sem uso de medicações contínuas e sem alergias conhecidas, foi submetido à artroscopia de ombro para reparo de lesão em manguito rotador direito. Em sua admissão, apresentou Glasgow 15, frequência cardíaca de 76 bpm e pressão arterial de 123x65 mmHg. Durante procedimento anestésico, optou-se por sedação inicial, seguida de bloqueio do plexo braquial via interescalênica, com 15ml de ropivacaína 0,5%. Após o bloqueio, realizaram-se anestesia geral e intubação orotraqueal, utilizando-se fentanil, propofol e cisatracúrio, além da manutenção com sevoflurano. Durante o procedimento, o paciente seguiu estável. Ao fim deste, evoluiu subitamente para elevação do segmento ST de parede miocárdica inferior, saída de secreção rósea pelo tubo orotraqueal e parada em assistolia. Foram realizados três ciclos de reanimação até retorno da circulação espontânea. Foi realizado cateterismo, sem evidência de lesão coronariana. Ao realizar ventriculografia, evidenciou-se hipocinesia importante de parede inferior do ventrículo esquerdo. O seguimento foi feito em UTI, com manutenção de TOT por 24 horas, até resolução do quadro cardiogênico. Recebeu alta dois dias após o procedimento, sem alterações isquêmicas em exames cardiológicos. Ao realizar inventário cirúrgico, observou-se uso de solução de irrigação com adrenalina 2mg/L. Desse modo, uma hipótese para a complicação desse caso foi a atuação sistêmica da adrenalina nos receptores cardíacos, com o aumento da frequência cardíaca e do consumo de oxigênio no miocárdio. Porém, com uma dosagem maior, a epinefrina estimula as fibras musculares cardíacas, corroborando extrassístoles e aumento da pressão arterial, por conseguinte, aumenta também taquicardia e tensão diferencial. Em certo ponto, pode haver bradicardia reflexa por conta da ativação excessiva do músculo cardíaco, aumentando demais o consumo de oxigênio e as microlesões das miofibrilas, acarretando parada cardíaca. Portanto, conclui-se que para correto uso da técnica artroscópica com solução contendo epinefrina, devem ser realizadas uma anestesia hipotensora e uma comunicação de todas as drogas utilizadas durante a cirurgia, a fim de evitar demais intercorrências.

Palavras-chave: Artroscopia, Anestesia, Epinefrina

REFERÊNCIAS

1. Veado MCA, Teixeira BS, Castro NC, Costa LA. Is it advantageous to add epinephrine to the arthroscopic infusion solution for the treatment of rotator cuff injury? Rev Bras Ortop. 2013;48(3):268-71. <http://doi.org/10.1016/j.rbo.2012.07.006>. PMID:31214544.
2. Küpeli İ, Yazici Kara M. Anesthesia or analgesia? New block for shoulder surgery: pericapsular nerve group block. Braz J Anesthesiol. 2022;72(5):669-72. <http://doi.org/10.1016/j.bjane.2021.05.009>. PMID:34118263.

1537 ANESTESIA PARA CESARIANA EM PACIENTE SUBMETIDA À CORREÇÃO DE MENINGOMIELOCELE RELATO DE CASO

VANESSA PEREIRA COSTA, DIEGO DE CAMARGO SILVA, MARIA LUIZA BEZERRA VIEIRA

HOSPITAL REGIONAL JORGE ROSSMANN, ITANHAÉM, SP, BRASIL

Introdução: A meningomielocèle (MMC) é uma malformação embrionária do SNC ocorrida nas primeiras semanas de gestação por uma falha do fechamento do tubo neural, com indicação de tratamento cirúrgico ideal nas primeiras 24 horas de vida, em ambiente sem a presença de látex e sob anestesia geral. Devido a tal alteração do SNC, apresentamos um caso de anestesia venosa total para cesariana em paciente submetida à correção de meningomielocèle. **Relato de caso:** Paciente 19 anos, 70kg, ASA 2, submetida à cesárea por desejo materno e com histórico prévio de MMC ao nascimento, tendo durante pré-natal realizado morfológico sem alterações. Submetida à correção cirúrgica com dois dias de vida, evoluindo com regresso de exteriorização, porém mantendo déficit de controle esfíncteriano associado a crises convulsivas desde os 12 anos, sem acompanhamento regular. Durante o procedimento, optou-se por anestesia geral em sequência rápida com uso de alfentanil 1.5mg, propofol 200mg e suxametonio 100mg, manutenção anestésica com propofol em bomba alvo controle, sem intercorrências, sendo procedidas extubação e analgesia pós-operatória com morfina 6mg. **Discussão:** A correção de MMC em pacientes tem o objetivo de preservar o tecido nervoso viável, reconstruir a anatomia e prevenir infecções do SNC, sabendo-se que os déficits neurológicos presentes ao nascimento são, em sua maioria, irreversíveis. Embora tipicamente realizada sob anestesia geral, há relatos de correção sob uso da anestesia subaracnóideia e, mais recentemente, correção intraútero. O uso da anestesia neuroaxial em pacientes com doença neurológica prévia segue sendo um desafio devido ao risco de agravamento dos déficits prévios ou surgimento de novos. Em 1973, Upton e McComas relataram que pacientes com lesões neurológicas prévias são mais suscetíveis a outras lesões quando expostos a um insulto secundário, denominado o “fenômeno do esmagamento duplo”. Segundo Manica, a alteração ou manipulação prévias não oferecem contraindicação absoluta para sua realização, devendo-se pesar o risco benefício. Assim, não há evidências na literatura sobre qual o melhor tipo de anestesia para pacientes submetidos a essa correção. Cada caso deve ser avaliado de forma individual e todos os déficits prévios devem estar bem documentados antes do procedimento.

Palavras-chave: Meningomielocèle, Anestesia obstétrica

REFERÊNCIAS

1. Manica J. Anestesiologia: princípios e técnicas. 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.
2. Upton AR, McComas AJ. O duplo esmagamento nas síndromes de compressão do nervo. *Lancet*. 1973;2(7825):359-62. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(73\)93196-6](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(73)93196-6). PMID:4124532.

1590 PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA EM CIRURGIA ORTOPÉDICA POR HIPERPOTASSEMIA AGUDA EM PACIENTE DIALÍTICA

MARIA FERNANDA DE MIRANDA MARCELINO, ERYCLADUIA CHRYSTIAN AGRIPINO BRASILEIRO, LEONARDO SOUSA MUNDOCO, MYLENA VALADARES SILVA, THIAGO CESAR SANTANA JORQUEIRA

HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS, BRASÍLIA, DF, BRASIL

Introdução: A parada cardiorrespiratória (PCR) no intraoperatório é um evento potencialmente catastrófico, reversível e frequentemente evitado por anesthesiologistas. O objetivo deste trabalho é relatar e discutir um caso de PCR em cirurgia ortopédica em paciente dialítica, uma vez que se trata de um evento raro.

Relato do caso: Paciente R.F, 74 anos, 55kg, ASA IIIE, cardiopata, doença renal crônica dialítica (última diálise na manhã do procedimento) e diabetes mellitus tipo 2 com retinopatia. Admitida no centro cirúrgico com proposta de amputação de membro inferior direito, proveniente de UTI, sem oximetria de pulso e pressão não invasiva aferindo 145/89 às custas de 0.31 mcg/kg/min de norepinefrina, além de esforço respiratório com retração de fúrcula e apresentando ainda desorientação (ECG 7 e RASS -5). Optou-se pela indução de anestesia geral, com 50 mcg de fentanil e 60mg de rocurônio. Após 5 minutos de intubação orotraqueal, evoluiu a parada cardiorrespiratória (PCR) com atividade elétrica sem pulso. Foi iniciada imediatamente reanimação cardiopulmonar (RCP) de alta resposta (FC acima de 100 bpm), além de 1mg de adrenalina. Evoluiu para fibrilação ventricular, sendo realizada desfibrilação com 200J e retorno imediato a RCP. Foram administradas duas ampolas de gluconato de cálcio 10% e 60 ml de bicarbonato de sódio. Retorno dos batimentos cardíacos espontâneos após aproximadamente 10 minutos da PCR. Foi realizada punção arterial femoral direita, com coleta de gasometria arterial inicial: pH 7,31; pCO₂ 18; pO₂ 114; hemoglobina 8,2; potássio 6,6; sódio 134 e lactato 99. Necessidade no intraoperatório de norepinefrina em bomba de infusão contínua para manutenção da pressão arterial média em torno de 70 mmHg. Ao final do procedimento, apresentava gasometria arterial: pH 7,18; pCO₂ 34; pO₂ 103; hemoglobina 8,4; potássio 3; sódio 136 e lactato 109. Encaminhada à UTI ainda intubada devido à instabilidade hemodinâmica. **Discussão:** A hiperpotassemia é uma situação delicada e que raramente leva a uma PCR intraoperatória. A incidência de PCR em cirurgias eletivas não cardíacas é extremamente baixa (0.03%). As causas mais comuns são TEP, tipo do anestésico usado e distúrbios hidroeletrólíticos, levando a uma taxa de mortalidade de 1,25% intraoperatório e de 25% nos 30 dias seguintes. Assim, o acompanhamento sistemático com diálise em casos de paciente com doença renal crônica é fundamental para estabelecer um manejo anestésico seguro, antecipando possíveis complicações.

Palavras-chave: parada

REFERÊNCIAS

1. Kaiser HA, Saied NN, Kokoefer AS, Saffour L, Zoller JK, Helwani MA. Incidence and prediction of intraoperative and postoperative cardiac arrest requiring cardiopulmonary resuscitation and 30-day mortality in non-cardiac surgical patients. PLoS One. 2020;15(1):e0225939. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0225939>.
2. 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://doi.org/10.1590/1516-3180.2013.1315507>. PMID:24310799.

1592 ANESTESIA COMBINADA PARA CIRURGIA INTRAFETAL POR HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÊNITA GRAVE RELATO DE CASO

NATHALIA RODRIGUES LEÃO PINA, GABRIELA NOEL DELMONTE, MARCO AURELIO DAMASCENO SILVA, MELLISSA ALEIXO MACHADO, PAULA CRISTINA LEITÃO DE ASSUNÇÃO

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

Introdução: As cirurgias intrafetais podem ser desafiadoras no contexto anestésico cirúrgico, sendo necessário o planejamento de técnica anestésica adequada antecipadamente, visando à segurança tanto fetal quanto materna. **Relato de caso:** Paciente de 26 anos, sem comorbidades prévias, internada para realizar intervenção endoscópica em feto vivo de 16 semanas com hérnia diafragmática congênita e instalação de um balão intratraqueal, para estímulo de desenvolvimento pulmonar fetal hipoplásico. A paciente foi inicialmente sedada com remifentanil em baixa dosagem em bomba infusora. Posteriormente, foi realizada anestesia combinada com punção peridural e passagem de cateter, além de punção subaracnóidea em L3-L4, com agulha 25G com injeção de 13 mg de bupivacaína hiperbárica 0,5%. Por meio do uso de USG, foi administrada injeção de 10 mcg de fentanil e 0,6 mg de rocurônio intramuscular no feto, evitando a movimentação fetal durante o procedimento e garantindo sua analgesia com o posicionamento e insuflação do balão. Foi necessário uso do cateter após 2h de procedimento, com instilação de 15 ml de lidocaína a 2% com adrenalina 1:200.000, garantindo assim o conforto e prolongamento da analgesia da paciente. O procedimento anestésico cirúrgico ocorreu sem intercorrências, com instalação do balão intratraqueal fetal. Entretanto, no quarto dia de pós-operatório houve evolução para sofrimento fetal agudo seguido de morte fetal. **Discussão:** A utilização de anestesia combinada, envolvendo a raquianestesia e o bloqueio peridural, tem se mostrado uma abordagem eficaz para reduzir a necessidade de agentes anestésicos durante cirurgias intrafetais. Ao se combinarem essas técnicas, pode-se atingir um nível anestésico adequado para a mãe, garantindo seu conforto e segurança durante a cirurgia, ao mesmo tempo em que se reduz a quantidade de agentes capazes de atravessar a barreira uteroplacentária e afetar o feto. Isso é especialmente importante em cirurgias intrauterinas, nas quais o desenvolvimento fetal pode ser sensível aos efeitos dos medicamentos anestésicos. Além de minimizar os riscos para o feto, a anestesia combinada também resulta em uma recuperação mais rápida para a mãe, reduzindo a necessidade de sedação pós-operatória e melhorando a experiência geral do procedimento cirúrgico, sendo, por isso, a técnica anestésica escolhida nesse procedimento.

Palavras-chave: cirurgia intrafetal endoscópica, anestesia combinada

REFERÊNCIAS

1. Braga AFA, Rousselet MS, Zambelli H, Sbragia L, Barini R. Anestesia para Correção Intra-Útero de Mielomeningocele. Relato de Caso. Rev Bras Anesthesiol. 2005;55(3):329-35. <http://doi.org/10.1590/S0034-70942005000300009>.
2. Peralta CFA, Sbragia L, Corrêa-Silva EPB, et al. Complicações maternas decorrentes das cirurgias endoscópicas em Medicina fetal. Rev Bras Ginecol Obstet. 2010;32(6):260-6.

1594 ECMO VENO-VENOSO EM HEMORRAGIA ALVEOLAR MACIÇA: RELATO DE CASO.

VITOR LUSTOSA MACHADO, GUILHERME OLIVEIRA CAMPOS, JOÃO PEDRO MOREIRA MIRANDA CAMBUÍ, TIAGO FALCAO DIAS DOS SANTOS, VICTOR SAMPAIO DE ALMEIDA

CET S.A.HOSPITAL SÃO RAFAEL - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL SÃO RAFAEL, SALVADOR, BA, BRASIL

Introdução: A hemoptise maciça ou "com risco de vida" resulta de sangramento em grande quantidade na árvore respiratória, podendo levar a graves consequências, como obstrução das vias aéreas, troca gasosa anormal significativa ou instabilidade hemodinâmica. As etiologias mais comuns são bronquiectasias, câncer broncogênico, tuberculose e infecções fúngicas. Relatamos um caso de hemoptise maciça com necessidade de oxigenação por membrana extracorpórea (ECMO). **Relato de caso:** Paciente sexo masculino, 52 anos, com passado de lobectomia pulmonar superior direita devido à cavitação por tuberculose pulmonar e bola fúngica. Foi hospitalizado para tratamento de pneumonia bacteriana, evoluindo a hemoptise durante o internamento. Realizada broncoscopia, com evidência de sangramento nos lobos médio e inferior direito, optando-se por tratamento endovascular com embolização. Procedimento realizado sob anestesia geral venosa, com intubação orotraqueal, sem intercorrências. Foi extubado em sala e, quando em preparo para ser encaminhado à UTI, apresentou hemoptise em grande quantidade e sinais de insuficiência respiratória (IR). Optou-se por intubação seletiva de urgência com tubo Robertshaw 39-E e ventilação monopulmonar, porém, seguiu evoluindo com piora da IR mantendo SpO₂ abaixo de 80%. Acionado o protocolo ECMO, com canulação veno-venosa de urgência. O paciente foi encaminhado para UTI, com programação de pneumectomia direita. Foi realizado procedimento no dia seguinte sem intercorrências, sendo realizada decanulação do ECMO após dois dias do seu início devido à melhora respiratória. O paciente foi extubado na UTI com melhora progressiva do quadro, sem sequelas neurológicas e apresentando bom status cardiorrespiratório, tendo alta hospitalar após 7 dias. **Discussão:** Quanto mais precoces forem as condutas para o tratamento da hemoptise maciça, maior a probabilidade de bons resultados serem alcançados. Diversos métodos para o tratamento podem ser utilizados, tais como a broncoscopia com solução salina gelada, medicações tópicas, bloqueadores brônquicos, técnicas ablativas, dentre outros métodos, como a arteriografia com embolização. Para o suporte de vida desses pacientes, é necessário garantir boas trocas pulmonares e estabilização hemodinâmica, variando desde isolamento pulmonar com tubos de duplo-lúmen ou bloqueadores brônquicos para proteção do pulmão saudável, até membrana de circulação extracorpórea em pacientes que tenham os alvéolos gravemente comprometidos bilateralmente. (1,2)

Palavras-chave: Oxigenação por Membrana Extracorpórea, Hemoptise

REFERÊNCIAS

1. Haponik EF, Fein A, Chin R. Managing life-threatening hemoptysis: has anything really changed? Chest. 2000;118(5):1431-5. <http://doi.org/10.1378/chest.118.5.1431>. PMID:11083697.
2. Hirshberg B, Biran I, Glazer M, Kramer MR. Hemoptysis: etiology, evaluation, and outcome in a tertiary referral hospital. Chest. 1997;112(2):440-4. <http://doi.org/10.1378/chest.112.2.440>. PMID:9266882.

1607 MANUSEIO DE DOR CRÔNICA DE NEUROMA DE MORTON COM COMBINAÇÃO DE BLOQUEIO CAUDAL E INFILTRAÇÃO GUIADA POR ULTRASSOM RELATO DE CASO

THIAGO BEZERRA GASPAR CARVALHO DA SILVA

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

Introdução: A dor crônica é um desafio, pois envolve mecanismos tanto do sistema nervoso periférico (SNP) quanto do sistema nervoso central (SNC). Receptores periféricos detectam e transmitem sinais de dor para o SNC, onde são processados e modulados. Alterações no processamento desses sinais levam à hiperexcitabilidade e sensibilização dos neurônios no SNC, perpetuando a experiência dolorosa. A gestão eficaz da dor crônica requer uma abordagem que atinja ambos os componentes centrais e periféricos: bloqueios nervosos periféricos podem atenuar a entrada nociceptiva, bloqueando a transmissão de sinais de dor, enquanto bloqueios do SNC visam modular o processamento da dor e reduzir a hiperexcitabilidade na medula espinhal. Ao combinar intervenções no SNP e SNC, um efeito sinérgico pode ser alcançado, proporcionando um alívio mais eficaz para indivíduos que sofrem de dor crônica. **Relato de caso:** Descrevemos um paciente com dor intensa refratária na região sacral, bem como no pé esquerdo. Exames de imagem evidenciam uma lesão sólido-cística, necrótica, preenchendo o canal raquiano em L₅-S₁, compatível com schwannoma bem como um nódulo no terceiro espaço intermetatársico diagnosticado como neuroma de Morton. Devido à resposta analgésica insatisfatória obtida até agora, decidiu-se fazer uma combinação de bloqueios: peridural caudal com 20mL ropivacaína 0,3% e infiltração do neuroma guiado por ultrassonografia com total de 20mL lidocaína 0,5% e dexametasona. Em seguida, o paciente relata melhora completa da dor no pé, com manutenção da resposta e redução em 90% da dor 20 dias após tratamento. **Discussão:** A dor crônica é causada pela diminuição do controle inibitório da medula espinhal, devido a alterações nos receptores de neurotransmissores ou na atividade de canais de íons. Evidências sugerem que a dor crônica é perpetuada, mesmo na ausência de estímulos, por descargas "espontâneas" associadas a instabilidades no potencial de membrana devido à atividade de canais de sódio no corno dorsal da medula espinhal. A combinação de infiltração guiada por ultrassom com corticosteroide e anestésico local com o bloqueio caudal atenua sinais nociceptivos periféricos e inibe flutuações despolarizantes de canais de sódio na medula. Esse tratamento combinado pode efetuar um reequilíbrio na homeostase do controle da dor e na atenuação de sinais nocivos aferentes. Embora seguro, eficaz e bem tolerado, são necessários mais estudos para confirmar sua eficácia no manejo da dor crônica.

Palavras-chave: Dor

REFERÊNCIAS

1. Párraga JP, Castellanos A. A manifesto in defense of pain complexity: a critical review of essential insights in pain neuroscience. *J Clin Med.* 2023;12(22):7080. <http://doi.org/10.3390/jcm12227080>. PMID:38002692.
2. Tian J, Bavencoffe AG, Zhu MX, Walters ET. Readiness of nociceptor cell bodies to generate spontaneous activity results from background activity of diverse ion channels and high input resistance. *Pain.* 2024;165(4):893-907. <http://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000003091>.

1614 CONTROLE DE DOR ONCOLÓGICA COM SIMPATECTOMIA SACRAL E ANALGESIA PERIDURAL CONTÍNUA: RELATO DE CASO

THOMAS SANTIAGO LOPES FURTADO, GUSTAVO ESTEVAM DA SILVA GOMES, PAULA LUIZA ISABELLA CRUZ, PEDRO HENRIQUE NOGUEIRA PIMENTEL, PEDRO HENRIQUE TORRES MENEZES

CET DO IPSEMG - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL GOVERNADOR ISRAEL PINHEIRO, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL

Introdução: Dor é um sintoma que afeta cerca de 55% dos pacientes em tratamento oncológico e 66% dos portadores de câncer avançado, metastático ou em estágio terminal da doença. Portanto, seu manejo adequado e eficiente se torna um objeto de estudo da anestesiologia. Este relato de caso se propõe a exemplificar a importância da abordagem da dor, com foco na qualidade de vida da paciente. **Relato de caso:** Mulher, 70 anos, hipertensa, diabética não insulino dependente e portadora de carcinossarcoma uterino estágio IV, metastático para ovário, omento, linfonodos retroperitoneais e extensas lesões em vulva. Submetida previamente a tratamento cirúrgico, associado à quimioterapia e radioterapia adjuvantes, com progressão de doença. Foram definidos, então, cuidados paliativos exclusivos. Equipe da anestesiologia acionada devido à dificuldade de controle algico em regiões perianal, perineal e genital, em especial à micção, banho e troca de curativos. Dor refratária ao uso de morfina e fentanil em bomba de infusão contínua, associados a adjuvantes. Optado por realização de simpatectomia sacral química com álcool absoluto, associada à passagem de cateter peridural via lombar, guiado para a região sacral por fluoroscopia, com boa dispersão do meio de contraste. Iniciada infusão contínua de ropivacaína 0,3% e fentanil 1 mcg/ml via cateter peridural, a 6 ml/h, obtendo-se redução importante e imediata da dor.

Discussão: A dor oncológica é de difícil abordagem e envolve equipe multiprofissional e a participação do paciente e familiares. A farmacoterapia analgésica é o principal método para controle, sendo as terapias intervencionistas indicadas na sua falha. No caso relatado, a paciente apresentou refratariedade ao uso de opioides fortes em infusão contínua, além de analgésicos e anti-inflamatórios não esteroidais. A realização de simpatectomia sacral, associada a bloqueio peridural sacral analgésico, promoveu otimização do controle da dor, possibilitando redução das doses de opioides e melhora da higienização e cuidados da paciente. Dessa forma, a terapia multimodal para controle da dor foi essencial para o alívio sintomático e conforto da paciente, com redução de efeitos colaterais.

Palavras-chave: Anestesia Peridural, Simpatectomia Química, Dor Oncológica

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. WHO guidelines for the pharmacological and radiotherapeutic management of cancer pain in adults and adolescents. Geneva: WHO; 2018 [citado em 2024 Fev 15]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550390>.
2. Rangel O, Telles C. Tratamento da dor oncológica em cuidados paliativos. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto. 2012;11(2):32-7.

1619 TÉCNICA "ASLEEP-AWAKE" PARA CORREÇÃO DE MALFORMAÇÃO ARTERIOVENOSA CEREBRAL: UM RELATO DE CASO

MARIANA FREITAS DA SILVA, BRUNO MENDES CARMONA, DANIEL SOUZA DA COSTA, JOSÉ HALEX DE BARROS NETO, LISYA MARIA FEITOSA LIRA

HOSPITAL OPHIR LOYOLA, BELÉM, PA, BRASIL

Introdução: A necessidade de manter o paciente acordado e responsivo durante uma neurocirurgia é um desafio para o anestesiológico, e a técnica "asleep-awake" tem se tornado uma boa escolha para ressecção de tumores, lesões vasculares e focos epiléticos em áreas eloquentes do cérebro. **Relato de caso:** Paciente de 61 anos, sexo masculino, portador de malformação arteriovenosa (MAV) cerebral em proposta de microcirurgia para correção de MAV com necessidade de monitorização eletrofisiológica intraoperatória para preservação de áreas eloquentes. A técnica anestésica escolhida foi "asleep-awake" associada ao *scalp block*, e o paciente foi orientado sobre a necessidade de sua participação quando solicitado durante a cirurgia. Este foi admitido em sala cirúrgica com cateter duplo-lúmen em veia jugular direita. Após monitorização inicial, procedeu-se com a pré-oxigenação sob máscara facial e indução com fentanil 200mcg, propofol 100mg e rocurônio 40mg. Foram realizados passagem de máscara laríngea N°4 e acoplamento em ventilação mecânica sob parâmetros protetores. Manutenção com propofol 100mcg/Kg/min, remifentanil 0,15mcg/Kg/min e dexmedetomidina 0,3mcg/Kg/h. *Scalp block* com solução de 40mL de levobupivacaína 0,25% com vasopressor associado à lidocaína 1% sem vasopressor. Foram obtidos a pressão invasiva em artéria radial direita e acesso periférico em braço esquerdo. Após craniotomia e abertura da dura-máter, suspendeu-se a infusão do propofol, com manutenção até o término da cirurgia do remifentanil 0,01mcg/Kg/min e dexmedetomidina 0,3mcg/Kg/h para avaliação das respostas somatomotoras e somatossensitivas, com TOF em 99% (SQT). Com o retorno do nível de consciência e respiração espontânea, retirou-se a máscara laríngea para realização de testes neurológicos, mantendo oxigenação via cateter nasal. Durante os testes, o paciente esteve calmo e colaborativo, sendo capaz de responder adequadamente perguntas e reconhecer objetos conforme seu nível de escolaridade. A cirurgia finalizou sem intercorrências, sendo então encaminhado à unidade de terapia intensiva por 48 horas, sem déficits neurológicos. **Discussão:** A colaboração e preparo adequado do paciente elegível é de fundamental importância para o sucesso da técnica "asleep-awake", o conhecimento farmacológico do anestesiológico para promover analgesia e sedação, sem interferir na monitorização dos potenciais evocados, é de suma relevância para manter as funções coordenadas na equipe médica assistente.

Palavras-chave: Consciência no Peroperatório, Anestesia Intravenosa, Neurocirurgia

REFERÊNCIAS

1. Ghazanwy M, Chakrabarti R, Tewari A, Sinha A. Awake craniotomy: a qualitative review and future challenges. Saudi J Anaesth. 2014;8(4):529-39. <http://doi.org/10.4103/1658-354X.140890>. PMID:25422613.
2. Burnand C, Sebastian J. Anaesthesia for awake craniotomy. Contin Educ Anaesth Crit Care Pain. 2014;14(1):6-11. <http://doi.org/10.1093/bjaceaccp/mkt024>.

1621 ANESTESIA OBSTÉTRICA E FETAL NO TRATAMENTO DA MALFORMAÇÃO CÍSTICA ADENOMATOSA TIPO II RELATO DE CASO

JOÃO PEDRO ANANIAS MONTEIRO, ANTONIO FERNANDES MORON, CID AKIHIKO URA KUSANO, GABRIELA LISSA SUZUKI, MARINA CESTARI DE RIZZO

HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA JOANA, SÃO PAULO, SP, BRASIL

Introdução: A malformação pulmonar congênita apresenta prevalência de 30 a 42 casos por 100.000 indivíduos. Sua apresentação mais comum é a malformação adenomatoide cística (MAC), sendo geralmente diagnosticada durante o pré-natal por meio de ultrassonografia (USG). O caso apresenta o desafio do manejo na anestesia fetal durante a ressecção cirúrgica dessa lesão. **Relato de caso:** A.D.N.M.T., feminino, 27 anos, primigesta com 26 semanas e três dias, portadora de hipotireoidismo subclínico, cujo feto foi diagnosticado com MAC tipo II em pulmão esquerdo. Paciente admitida em sala operatória, sendo realizadas a monitorização, posicionamento, raqui-anestesia – punção lombar (L2-L3) com agulha *Whitacre* 27G, injeção de bupivacaína hiperbárica (10mg) + morfina (80mcg) + fentanil (20mcg) – submetida à amniorredução de 400ml + toracocentese fetal de 40ml guiados por USG. Foi procedida com a anestesia geral balanceada – pré-oxigenação, indução anestésica venosa com lidocaína sem vasoconstritor (100mg) + fentanil (250mcg) + propofol (150mg) + rocuroônio (100mg), intubação orotraqueal, mantida sob uso de sevoflurano 2 concentração alveolar mínima (CAM) – submetida à histerotomia + toracotomia fetal esquerda + lobectomia pulmonar inferior esquerda com retirada de massa amorfa com 7cm de diâmetro. Após a histerotomia, houve a punção de acesso venoso periférico em mão esquerda do feto e administração de fentanil por meio deste acesso, o qual foi retirado antes da histerorrafia. A foi paciente extubada em sala operatória sem intercorrências após reversão do bloqueio neuromuscular com sugamadex e encaminhada para recuperação pós-anestésica em unidade de terapia intensiva obstétrica. Durante o procedimento, houve a monitorização dos batimentos cardíacos fetais, dopplervelocímetria e mapeamento placentário. **Discussão:** Neste caso, a MAC de pulmão tipo II foi diagnosticada com 25 semanas e dois dias e seu progressivo crescimento associado à hipoplasia pulmonar contralateral, polidrâmnio, dextrocardia e hidropisia fetal, indicando potencial risco de morte fetal. O planejamento anestésico incluiu a manutenção da anestesia geral com 2 CAM de sevoflurano com o objetivo de inibir um trabalho de parto prematuro e infusão contínua de sulfato de magnésio para neuroproteção fetal. A anestesia fetal representa um desafio em prol de permitir o nascimento a fetos inviáveis no passado. Sua complexidade demanda um apurado raciocínio do anestesiológico na adaptação do manejo anestésico para um melhor desfecho do binômio mãe-feto.

Palavras-chave: ANESTESIA E ANALGESIA, ANESTESIA OBSTÉTRICA, ANORMALIDADES CONGÊNITAS

REFERÊNCIAS

1. Ottomeyer M, Huddleston C, Berkovich RM, Brink DS, Koenig JM, Sobush KT. Early resection of a rare congenital pulmonary airway malformation causing severe progressive respiratory distress in a preterm neonate: a case report and review of the literature. *BMC Pediatr.* 2023;23(1):238. <http://doi.org/10.1186/s12887-023-04049-3>. PMID:37173730.
2. Cleveland Clinic. Fetal surgery team resects huge congenital lung malformation. Cleveland Clinic; 2022 [citado em 2023 Dez 20]. Disponível em <https://consultqd.clevelandclinic.org/fetal-surgery-team-resects-huge-congenital-lung-malformation/>.

1623 CUIDADOS NA ANESTESIA EM PACIENTE COM FRATURA E LUXAÇÃO PÓS-TRAUMÁTICA DE C1-C2 (OS ODONTOIDEUM) E MIELOPATIA COMPRESSIVA – UM RELATO DE CASO

GUILHERME TEBALDI CARVALHO, ALINE CHAVES BARROS, BRUNO VÍTOR MARTINS SANTIAGO, HAINER CAMPOLINA STEHLING, MAURO RODRIGO PEREIRA DOS SANTOS

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

Introdução: Apesar de a maioria das cirurgias complexas de coluna ser realizada em decorrência de doenças degenerativas, cuidados adicionais devem ser tomados quando se trata do manejo cirúrgico de lesões de coluna por causas traumáticas¹. O objetivo deste trabalho é relatar os cuidados da anestesia numa condição clínica incomum e potencialmente ameaçadora à vida. **Relato de caso:** Feminina, 50 anos, trazida pelo Serviço de Atendimento Médico de Urgência após ser encontrada desacordada em ambiente domiciliar, com suspeita de inalação de gás de cozinha. Na admissão, apresentava-se confusa, nauseada e com sensório rebaixado (Escala de Coma de Glasgow – 14). A tomografia computadorizada de cervical sugeriu uma fratura tipo III de C1 (Jefferson), além de acometimento dos arcos anterior e posterior à direita. Ao exame, apresentava paresia braquial grau II bilateral, paraparesia crural grau II à direita e grau IV à esquerda, presença de dor e imobilidade cervical, pelo colar. A proposta cirúrgica consistia em artrodese cervical e laminectomia de C1+ craniectomia suboccipital com descompressão +fixação crâniocervical C2-C5. Após a monitorização multiparamétrica, houve punção da artéria radial esquerda para a monitorização da pressão arterial invasiva e da veia femoral direita, além da passagem de cateter vesical de demora. A abordagem anestésica se deu por meio da anestesia geral balanceada, com intubação acordada guiada por broncofibroscopia, com sedação consciente de dexmedetomidina 0,5mcg/kg + 1mg midazolam EV etopicalização pela técnica *spray-as-you-go*, com lidocaína 10% + *Pacey's paste*. O procedimento durou cerca de 6h, com sangramento em torno de 500mL, havendo necessidade de infusão de vasopressor no intraoperatório. A paciente foi conduzida intubada à UTI para ajustes metabólicos e hemodinâmicos. **Discussão:** Atualmente, pacientes vítimas de trauma cervical, quando superam a fase aguda de suas lesões, apresentam boa expectativa de vida devido às melhorias no cuidado médico e cirúrgico². Nesse contexto, o manejo de via aérea planejado, focando na prevenção de novas lesões por manipulação e na precaução do agravamento de lesões pré-existentes, é fundamental para a sobrevivência com menos morbidade. O caso acima exemplifica uma situação em que o manejo adequado da via aérea e o controle de metas hemodinâmicas contribuíram para a melhora das condições pós-operatórias e o controle de morbimortalidade dessa população.

Palavras-chave: Osteoideum, Videobroncoscopia, *Spray-as-you-go*

REFERÊNCIAS

1. Carabini LM, Koski TR, Bebawy JF. Perioperative management for complex spine fusion surgery. *Anesthesiology*. 2024;140(2):293-303. <http://doi.org/10.1097/ALN.0000000000004744>. PMID:38048486.
2. Hall ED, Springer JE. Neuroprotection and acute spinal cord injury: a reappraisal. *NeuroRx*. 2004;1(1):80-100. <http://doi.org/10.1602/neurorx.1.1.80>. PMID:15717009.

1627 RELATO DE CASO: COMPLICAÇÃO DECORRENTE DE PNEUMOPERITÔNIO: LESÃO CEREBRAL POR ÊMOLO GASOSO EM PACIENTE COM FORAME OVAL PATENTE

FERNANDO ASTROGILDO DE APARECIDA PIMENTA BRACARENSE, KATIA DANIELA DA SILVEIRA MILAGRES, MARCIO HENRIQUE MENDES, RICARDO LUCAS DA MOTA ALBUQUERQUE, RODRIGO DE LIMA E SOUZA

CET DO HOSPITAL MADRE TERESA - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL MADRE TERESA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL

Introdução: A embolia gasosa por dióxido de carbono, apesar de rara, já foi reportada em diversos casos de laparoscopia. Clinicamente, observam-se hipotensão, redução da capnometria, arritmia e, até mesmo, assistolia, que podem ocorrer durante ou logo após a realização do pneumoperitônio. A ecocardiografia transesofágica é um método sensível para o diagnóstico. Paciente de 59 anos, sexo masculino, internado na instituição para ressecção cirúrgica de nódulo renal direito. Tabagista, hipertenso e esquizofrênico em adequado controle clínico. Passado cirúrgico de artroscopia de joelho e herniorrafia umbilical, sem histórico de alergias ou complicações prévias. Paciente submetido à nefrectomia total direita videolaparoscópica. A indução anestésica, utilizando anestesia geral balanceada com remifentanil e sevoflurano, e intubação ocorreram sem instabilidade hemodinâmica ou intercorrências. Paciente posicionado em decúbito lateral esquerdo e instalado pneumoperitônio. Nesse momento, o paciente apresentou redução abrupta na curva de capnografia, dessaturação e hipotensão. Imediatamente foram iniciadas medidas de suporte com uso de drogas vasoativas, administração de solução balanceada e desinsuflação imediata do pneumoperitônio, com retorno à estabilidade hemodinâmica. Um novo pneumoperitônio foi instalado e a cirurgia realizada sem novas intercorrências. Durante o processo de despertar, evoluiu a crise convulsiva tônico-clônica generalizada, tratada com benzodiazepínicos e fenoína. Na UTI, a propedêutica incluiu ecocardiograma transtorácico à beira leito, sem evidência de alterações cardíacas, e tomografia de crânio, com evidências de discreta hipodensidade occipital direita sugestiva de isquemia cerebral. A seguir, realizou-se ecocardiograma transesofágico com teste de bolhas, que evidenciou a presença de forame oval patente. O paciente seguiu com cuidados intensivos na unidade. **Discussão:** O caso relatado retrata uma complicação rara e grave decorrente do deslocamento de um êmolo gasoso por meio do forame oval patente até o sistema nervoso central. A descoberta da patência do forame oval muitas vezes ocorre em investigações clínicas secundárias às complicações. O reconhecimento rápido e manejo adequado desse evento só ocorrerão se ele for aventado. Este caso demonstra aos anesthesiologistas que há muitos riscos implícitos a todo procedimento cirúrgico e que a vigilância constante adicionada ao conhecimento pode modificar desfechos.

Palavras-chave: Pneumoperitônio, Embolia, Complicações

REFERÊNCIAS

1. Kennedy L, Zamper RPC. When insufflation goes awry: massive gas embolism during laparoscopic surgery. CASE: Cardiovascular Imaging Case Reports. 2023;7(5):185-7. <http://doi.org/10.1016/j.case.2022.12.001>. PMID:37325464.
2. Park E-Y, Kwon J-Y, Kim K-J. Carbon dioxide embolism during laparoscopic surgery. Yonsei Med J. 2012;53(3):459-66. <http://doi.org/10.3349/ymj.2012.53.3.459>. PMID:22476987.

1628 RELATO DE CASO: NECRÓLISE EPIDÉRMICA TÓXICA EM PACIENTE COM EPILEPSIA BENIGNA DA INFÂNCIA

CAIO HIDEKI CRUZ MARTINS, ALEXANDRA SOUZA NEUBA, LUANA MACHADO SAKAMOTO

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DO NORTE DO PARANÁ, LONDRINA, PR, BRASIL

Introdução: A Necrólise Epidérmica Tóxica (NET) é uma reação cutânea grave, caracterizada por necrose extensa e descolamento de epiderme, causada principalmente por reações a medicamentos. Com isso, o objetivo deste trabalho é relatar o caso de um adolescente com epilepsia benigna da infância (EBI), tendo manifestado NET após uso de lamotrigina. **Relato de caso:** Paciente masculino, 15 anos, encaminhado ao Centro de Tratamento de Queimados (CTQ) com um quadro de edema de face, lesões eritematosas em tórax, descamação epidérmica em dorso e bolhas em membros superiores, quadro infeccioso cutâneo, hiperemia conjuntival, erupções bolhosas em bolsa escrotal e necrose em lábios. Paciente faz tratamento contínuo para EBI. Recentemente fez troca de medicação, de divalproato de sódio para lamotrigina, meio comprimido ao dia. Após 15 dias, apresentou odinofagia sem febre. Quatro dias depois, aumentou a dose de lamotrigina, um comprimido ao dia, iniciando lesões eritematosas em região torácica e edema da face. Assim, buscou o serviço de saúde, tendo piora do quadro cutâneo, o qual evoluiu para infecção. Foi encaminhado para o CTQ do serviço, onde recebeu o diagnóstico de NET por uso de lamotrigina. Foram realizadas oxigenoterapia em câmara hiperbárica, balneoterapia, antibioticoterapia e analgesia. Além disso, foi submetido a três intervenções cirúrgicas sem intercorrências, em que foram realizadas anestesia multimodal, retirada de curativos prévios, degermação das áreas queimadas com clorexidina gluconato 2% + água corrente e colocação de curativo oclusivo com alginato de prata em 4 camadas. **Discussão:** A NET é uma condição rara, cuja idade mediana é de 52 anos. A principal etiologia é medicamentosa, sendo a lamotrigina fortemente associada às suas manifestações. A necessidade de múltiplos procedimentos cirúrgicos deixa claro o cuidado com relação à técnica anestésica empregada, uma vez que pode haver interações medicamentosas prejudiciais ao tratamento. A técnica multimodal foi a preferida para o atendimento do caso, com a possibilidade de alternância entre as drogas anestésicas utilizadas, em doses suficientes para a supressão do estímulo doloroso, tanto nas balneoterapias quanto nos procedimentos cirúrgicos que se fizeram necessários. A droga mais utilizada foi dextrocetamina, em associação com propofol e baixas doses de fentanil, em alternância com dexmedetomidina. Não houve necessidade de sedação na oxigenoterapia em câmara hiperbárica.

Palavras-chave: Necrólise Epidérmica Tóxica, NET, Lamotrigina

REFERÊNCIAS

1. Auquier-Dunant A, Mockenhaupt M, Naldi L, Correia O, Schröder W, Roujeau J-C. Correlations between clinical patterns and causes of erythema multiforme majus, Stevens-Johnson syndrome, and toxic epidermal necrolysis: results of an international prospective study. Arch Dermatol. 2002;138(8):1019-24. <http://doi.org/10.1001/archderm.138.8.1019>. PMID:12164739.
2. Mockenhaupt M, Viboud C, Dunant A, et al. Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis: assessment of medication risks with emphasis on recently marketed drugs. The EuroSCAR-study. J Invest Dermatol. 2008;128(1):35-44. <http://doi.org/10.1038/sj.jid.5701033>. PMID:17805350.

1636 MANEJO ANESTÉSICO NA LIPOFUSCINOSE COROIDE NEURONAL – RELATO DE CASO

TIAGO CANEU ROSSI, ANANDA COSTA DOMINGOS, DANIEL COSME FERNANDES DE MELO, MILLER FAZOLI LAMBERT, RENATA LUCIA CALADO SOUZA LIMA

SANTA CASA DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS, SÃO JOSÉ DOS CAMPOS, SP, BRASIL

Introdução: As lipofuscinoses ceroides neuronais (LCN) constituem um grupo de distúrbios lisossômicos genéticos, caracterizados pelo acúmulo intracelular de lipofuscina ceroide. Essas condições resultam em deterioração neurológica progressiva (demência, epilepsia e perda visual). São transmitidas de forma autossômica recessiva, sendo uma das principais causas de demência em crianças e adultos jovens. A classificação é baseada nos genes envolvidos (LCN1-LCN14) e na idade de início. **Relato de caso:** Um menino de 12 anos, branco, com 42kg, programado para implante de cateter de *Ommaya* para tratamento da LCN 2. Diagnosticado aos 7 anos, apresenta atraso na fala, mas sem crises convulsivas, uso de medicamentos ou alergias prévias. Já foi submetido à sedação prévia para ressonância nuclear magnética com sevoflurano, sem complicações. Optou-se por uma anestesia geral balanceada associada a bloqueio local. A indução inalatória foi realizada com sevoflurano, O₂ e N₂O, seguida da administração de fentanil (50µg), lidocaína (50mg), propofol (120mg) e cisatracúrio (6mg). Foi realizada intubação orotraqueal e o paciente foi mantido em ventilação mecânica controlada com sevoflurano. Como adjuvante, foram administradas clonidina (50µg) e dipirona (2g) endovenosas. A analgesia pós-operatória foi realizada com nalbufina (5mg). O procedimento durou 40 minutos, com extubação bem-sucedida e encaminhamento para a UTI, sem intercorrências. **Discussão:** Pacientes com LCN apresentam desafios anestésicos devido às suas condições neurológicas complexas, aumentando o risco de aspiração devido a dificuldades na deglutição. A avaliação pré-operatória deve priorizar a epilepsia e outros problemas médicos, investigando o tipo e controle das crises, bem como terapia antiepiléptica medicamentosa. Exames laboratoriais, incluindo função hepática, contagem de plaquetas e índices de coagulação, são essenciais, especialmente para pacientes em uso de medicamentos antiepiléticos, pois podem afetar o metabolismo de anestésicos e relaxantes musculares. O posicionamento cirúrgico deve ser cuidadoso devido a possíveis complicações musculoesqueléticas. Embora a anestesia regional não seja formalmente contraindicada, a anestesia geral deve ser utilizada com cautela, considerando as alterações musculares e o risco de convulsões associadas a anestésicos voláteis. A monitorização adequada é crucial para evitar complicações como aspiração, hipotermia (apresentar temperatura corporal basal mais baixa), bradicardia e estado de mal epilético.

Palavras-chave: cateter de *Ommaya*, Anestesia pediátrica, lipofuscinoses ceroides neuronais

REFERÊNCIAS

- Schulz A, Kohlschütter A, Mink J, Simonati A, Williamsd R. NCL Diseases: clinical Perspectives. *Biochim Biophys Acta*. 2015;852(10):2262-6.
- National Institute of Neurological Disorders and Stroke. Batten disease fact sheet; 2023 [citado em 2024 Fev 19]. Disponível em: <https://www.ninds.nih.gov/Disorders/Patient-Caregiver-Education/Fact-Sheets/Batten-Disease-Fact-Sheet>.
- Bonomo LM, Oliveira MC. Anestesia em paciente pediátrico com lipofuscinoses ceroides neuronais: relato de caso. *Rev Bras Anesthesiol*. 2021;71(5):543-6.

1637 RELATO DE CASO: MANEJO DE ANAFILAXIA PERIOPERATÓRIA EM GASTROPLASTIA VIDEOLAPAROSCÓPICA

TIAGO CANEU ROSSI, ANANDA COSTA DOMINGOS, DANIEL COSME FERNANDES DE MELO, LUCAS LANDIM PEREIRA, MILLER FAZOLI LAMBERT

SANTA CASA DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS, SÃO JOSÉ DOS CAMPOS, SP, BRASIL

Introdução: A anafilaxia se refere à apresentação grave de uma reação de hipersensibilidade com incidência perioperatória de 1:353 a 1:18.600 dos casos. O reconhecimento da anafilaxia constitui um desafio ao anestesiológico, pois os sinais e sintomas podem ser confundidos com alterações transitórias ao procedimento, ao uso de medicamentos ou a alterações hemodinâmicas por características físicas do próprio paciente, podendo retardar o diagnóstico e tratamento correto do quadro. **Relato do caso:** Paciente feminina, 37 anos, ASA III, com alergia a dipirona foi programada para realização de gastroplastia via laparoscópica. Após monitorização padrão, foi iniciada a administração de cefazolina 3g, tenoxicam 40mg, sulfato de Magnésio 2g e dexametasona 8mg, concomitantemente à indução anestésica com lidocaína 80mg, propofol 200mg, rocurônio 70mg, cetamina 30mg e sufentanil 30mcg. Procedida intubação orotraqueal sem intercorrências. Após a intubação, apresentou hipotensão grave (pressão arterial média de 38mmHg), queda da saturação de oxigênio para 70%, capnografia de 15 mmHg com padrão de broncoespasmo e ausculta pulmonar com sibilos e roncos difusos. Foi realizada a administração de metaraminol para correção da pressão arterial, sem sucesso, levantando a hipótese de choque anafilático, sendo iniciada reposição volêmica com cristaloides, com administração de adrenalina 100ug, metilprednisolona 500mg e salbutamol 8 puffs. A cirurgia foi suspensa e a paciente transferida para UTI. Após dois dias, apresentou alta hospitalar, sendo encaminhada ao alergologista. O *Prick Test* realizado foi negativo para todas as drogas, sendo solicitado teste provocativo intradérmico em ambiente hospitalar com acompanhamento da anesthesiologia. Houve reação positiva para cefazolina nas diluições 1:10 e 1:1 e para tenoxicam na diluição 1:1. **Discussão:** As causas mais comuns de anafilaxia perioperatória são antibióticos, bloqueadores neuromusculares e látex. O manejo inicial depende do grau de choque segundo a escala de *Ring Messmer*. De modo geral, inclui interromper os agentes suspeitos, iniciar a ressuscitação volêmica com cristaloides, suporte ventilatório e administração de adrenalina. Como terapia secundária, podemos utilizar B2 agonistas, corticosteroides e anti-histamínicos. Uma amostra de sangue deve ser coletada após a reação alérgica após 30 minutos para dosagem de triptase. Os testes cutâneos devem ser realizados idealmente após 6 semanas da exposição, diminuindo o risco de falso negativos.

Palavras-chave: Anafilaxia, Intercorrência perioperatória, gastroplastia

REFERÊNCIAS

1. Cangiani LM, CARMONA MJC, Torres ML. Tratado de anesthesiologia SAESP. 8. ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2017. 3703 p.
2. Harper NJN, Cook TM, Garcez T, et al. Anaesthesia, surgery, and life-threatening allergic reactions: epidemiology and clinical features of perioperative anaphylaxis in the 6th National Audit Project (NAP6). Br J Anaesth. 2018;121(1):159-71. <http://doi.org/10.1016/j.bja.2018.04.014>.

1638 RELATO DE CASO: SÍNDROME DA NECRÓLISE EPIDÉRMICA TÓXICA NA CRIANÇA – MANEJO ANESTÉSICO E CONTROLE ÁLGICO.

TIAGO CANEU ROSSI, ANANDA COSTA DOMINGOS, DANIEL COSME FERNANDES DE MELO, DIEGO SANTA ROSA SANTOS, MILLER FAZOLI LAMBERT

SANTA CASA DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS, SÃO JOSÉ DOS CAMPOS, SP, BRASIL

Introdução: A síndrome da necrólise epidérmica tóxica (NET) é uma condição cutânea grave, muitas vezes desencadeada por novos medicamentos, que resulta em bolhas e descamação da pele. O comprometimento de vários sistemas e a possível ligação com anestésicos tornam a anestesia um desafio. O manejo cuidadoso das vias aéreas e da dor é crucial devido à extensão das lesões, que frequentemente requerem tratamento cirúrgico. **Relato de caso:** Um menino de 8 anos, com 25kg, foi transferido para a unidade de tratamento de queimados após 5 dias de NET, possivelmente causada pelo uso de fenobarbital. Ele apresentava lesões de 2º grau em 47% da superfície corporal, com dor intensa durante banhos e troca de curativos. Foi submetido a desbridamento e troca de curativo sob sedação. Encontrava-se restrito ao leito, em ventilação espontânea, com curativo oclusivo na região exposta e dor pela escala de faces de 6/10. Foi realizada monitorização padrão e instalado cateter de O₂ a 3l/min. Foi administrado dexmedetomidina (25ug) em 10 minutos, seguido de infusão contínua de 0,5ug/kg/h, associado a bolus de cetamina (1mg/kg) e infusão contínua de 0,1mg/kg/h. Para analgesia pós-operatória, foi administrada metadona endovenosa 0,1mg/kg e mantido 0,1mg/kg de 12/12 horas. O procedimento teve duração de 60 minutos, com paciente permanecendo em ventilação espontânea, estável hemodinamicamente e com saturação de O₂ de 98%. Foi realizada ao final do procedimento manutenção da infusão de cetamina 0,1mg/kg/h associada à dexmedetomidina 0,3ug/kg/h para controle algico e melhor conforto em UTI. **Discussão:** A dor inadequadamente tratada pode levar a complicações, incluindo dor crônica e problemas psiquiátricos, especialmente em pacientes pediátricos com múltiplas lesões cutâneas como na NET. O manejo eficaz da dor em tais casos requer uma abordagem cuidadosa, com mensuração correta da dor e a utilização de medicamentos como dexmedetomidina e cetamina, que oferecem controle efetivo da dor com menos efeitos colaterais em comparação a opioides em altas doses. O desafio no manejo da sedação pediátrica requer controle efetivo da dor com rápida reversão e manutenção da patência das vias aéreas com adequada oxigenação sanguínea. Os alfa-2 agonistas, como a dexmedetomidina, oferecem controle algico eficaz e modulação espinhal da dor, enquanto a cetamina, antagonista NMDA, permite sedação dissociativa, mantendo ventilação espontânea e evitando repercussões hemodinâmicas.

Palavras-chave: manejo perioperatório, analgesia pós-operatória, síndrome da necrólise epidérmica tóxica

REFERÊNCIAS

1. Harr T, French LE. Toxic epidermal necrolysis and Stevens-Johnson syndrome. *Orphanet J Rare Dis*. 2010;5(1):39. <http://doi.org/10.1186/1750-1172-5-39>. PMID:21162721.
2. Bulisani ACP, Sanches GD, Guimarães HP, Lopes RD, Vendrame LS, Lopes AC. Síndrome de Stevens-Johnson e necrólise epidérmica tóxica em medicina intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2006;18(3):292-7. <http://doi.org/10.1590/S0103-507X2006000300012>. PMID:25310444.
3. Creamer D, Walsh SA. Toxic epidermal necrolysis. *BMJ*. 2016;353:i2299.

1642 EMERGÊNCIA CARDIOVASCULAR EM UMA PACIENTE GESTANTE DURANTE PROCEDIMENTO HEMODINÂMICO – RELATO DE CASO

HELENA DE PAULA OLIVEIRA, ANDRÉ PEREIRA FERNANDES, EDMAR JOSÉ ALVES DOS SANTOS, MATTEO KAMPFEE LETTA, SÉRGIO LUIZ DO LOGAR MATTOS

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

Introdução: A cardiopatia reumática crônica (CRC) predispõe a danos permanentes nas válvulas cardíacas, incluindo a estenose mitral. Gestantes com CRC exigem um manejo anestésico cauteloso, com o objetivo de manter o bem-estar materno-fetal. **Relato de caso:** Gestante, 30 anos de idade, 26 semanas, G1P0A0, ASA III, com diagnóstico de CRC, admitida no hospital com quadro de dispneia ao repouso (NYHA IV), para realização de valvoplastia mitral, devido a alto risco cardíaco. A ecocardiografia demonstrava estenose aórtica leve e estenose mitral importante (área valvar mitral: 0,7 cm²; escore de Wilkins = 7; átrio esquerdo com moderado aumento; PSAP: 19 mmHg; FE: 60%). A abordagem anestésica consistiu em anestesia geral venosa total, com monitorização padrão, inserção de cateter arterial e acesso venoso central. A indução endovenosa foi realizada com fentanil 0,3 µg/kg, lidocaína 1,5 mg/kg, etomidato 0,3 mg/kg e rocurônio 1,2 mg/kg, procedendo então com a intubação orotraqueal sob laringoscopia direta. Na manutenção anestésica, optou-se por bomba de infusão (BI) contínua de propofol em alvo-controle, remifentanil e fenilefrina, a qual garante suporte inotrópico desde a indução. Além disso, um ecotransesofágico foi introduzido e mantido no perioperatório. Após realizado o segundo balonamento da valva mitral, a paciente evoluiu com insuficiência mitral aguda decorrente da ruptura completa das cordoalhas tendíneas. Diante desse novo cenário hemodinâmico, foi administrada furosemida 1 mg/kg, a qual, somada à troca do inotrópico para dobutamina em BI, contribuiu para a prevenção de congestão. Por conseguinte, a cesariana foi necessária, uma vez que o bem-estar fetal seria comprometido durante a circulação extracorpórea na cirurgia cardíaca. Desse modo, foram asseguradas mínimas condições para posterior dupla troca valvar de emergência. **Discussão:** A insuficiência mitral aguda em procedimentos hemodinâmicos, apesar de rara, é uma possibilidade. Quando, porém, a paciente em questão é uma gestante, o manejo anestésico requer devidas precauções e considerações diante das alterações fisiológicas resultantes do estado gravídico. Torna-se indispensável a escolha de técnicas anestésicas que prezem pela estabilidade cardiocirculatória, visando a um desfecho favorável para mãe e feto. Diante da gravidade do caso, nota-se que o conhecimento de repercussões hemodinâmicas adversas ligadas ao procedimento foi crucial para a segurança da paciente.

Palavras-chave: Gestante, Insuficiência mitral aguda, Emergência

REFERÊNCIAS

1. Vaughan G, Dawson A, Peek M, et al. Rheumatic heart disease in pregnancy: new strategies for an old disease? *Glob Heart*. 2021;16(1):84. <http://doi.org/10.5334/gh.1079>. PMID:35141125.
2. Chestnut DH, Wong CA, Tsen LC, et al. *Chestnut's Obstetric Anesthesia: principles and practice*. 6. ed. Philadelphia: Elsevier; 2020.

1643 AVALIAÇÃO DA PREVALÊNCIA DE DOR CRÔNICA PÓS CIRURGIA BARIÁTRICA EM SERVIÇO PARTICULAR DE DOR NO MUNICÍPIO DE SALVADOR, BAHIA, BRASIL.

MATHEUS PIRES LEMOS, ANITA PERPÉTTUA CARVALHO ROCHA, DISNEI FELIX BARBOSA MATOS, LARISSA MARIA PURIDADE MACIEL

CET SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DA BAHIA - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL SANTA IZABEL, SALVADOR, BA, BRASIL

A dor é um evento comum no âmbito da assistência à saúde. Há inúmeros fatores de risco implicados na cronificação do quadro algico. O conceito de dor crônica pós-operatória (DCPO) não é bem estabelecido, com cerca de 10-50% dos pacientes evoluindo para DCPO. A cirurgia bariátrica se apresenta como uma ferramenta útil nos casos clínicos refratários, podendo auxiliar na manutenção da perda de peso a longo prazo e minimizar comorbidades. Não há dados suficientes para associar um quadro de surgimento e cronificação de dor após cirurgia bariátrica. **Objetivos:** 1. Avaliar a prevalência de desenvolvimento de dor crônica após a realização de cirurgia bariátrica; 2. Avaliar os possíveis fatores de risco pré-operatórios que contribuem para o desenvolvimento da dor crônica pós cirurgia bariátrica. **Metodologia:** Foram selecionados aleatoriamente 60 pacientes que frequentavam os Ambulatórios de Dor da unidade Álvaro Lemos do Hospital Santa Izabel, entre novembro de 2022 a novembro de 2023, tendo sido submetidos a questionários autoaplicáveis. Os dados coletados foram submetidos ao software R para análise quantitativa, além de terem passado por uma análise descritiva. **Resultados:** Apenas 8 pacientes (13,33%) na amostra passaram por cirurgia bariátrica, com totalidade da prevalência do sexo feminino, a categoria do estado civil mais representada foi a união estável (37,5%), o transtorno depressivo é bastante frequente nessa população (83,33%), a maioria apresenta ensino superior completo (75%), metade dos pacientes é empregada e a prática de atividade física é menos comum (37,5%). Apenas 12,5% dos pacientes relataram surgimento de dor crônica após a cirurgia bariátrica. **Discussão:** Apesar de os dados obtidos com o questionário autoaplicável se correlacionarem diretamente aos dados demográficos e clínicos das populações de dor apresentadas nas pesquisas em gerais, múltiplos fatores confundidores são identificados. **Conclusão:** 1. Não há dados suficientes que correlacionem a hipótese de possível desenvolvimento de dor crônica à realização de cirurgia bariátrica na população analisada; 2. Não houve diferença entre os fatores demográficos e fatores clínicos entre os grupos analisados que permita a identificação de fatores de risco pré-cirúrgicos que possam ser corrigidos como medida de proteção para o desenvolvimento de dor crônica.

Palavras-chave: Dor crônica, Cirurgia bariátrica, Obesidade

REFERÊNCIAS

1. Jansen CMAH, Bonouvrie DS, Jacobs MLYE, et al. Chronic abdominal pain after previous bariatric surgery: consider the abdominal wall. *Obes Surg.* 2020;30(8):2942-8. <http://doi.org/10.1007/s11695-020-04629-7>. PMID:32337643.
2. Hariri K, Hechenbleikner E, Dong M, Kini SU, Fernandez-Ranvier G, Herron DM. Ketorolac use shortens hospital length of stay after bariatric surgery: a single-center 5- year experience. *Obes Surg.* 2019;29(8):2360-6. <http://doi.org/10.1007/s11695-018-03636-z>. PMID:31190264.
3. Eipe N, Budiansky AS. Perioperative pain management in bariatric anesthesia. *Saudi J Anaesth.* 2022;16(3):339-46. http://doi.org/10.4103/sja.sja_236_22. PMID:35898528.

1650 ANALGESIA PÓS-OPERATÓRIA EM PACIENTE PEDIÁTRICA COM BLOQUEIO DO PLANO QUADRADO LOMBAR TIPO III EM CIRURGIA DE AMPLIAÇÃO VESICAL DEVIDO A BEXIGA NEUROGÊNICA – RELATO DE CASO.

HELENA DE PAULA OLIVEIRA, BRUNO VÍTOR MARTINS SANTIAGO, CLAUDIA REGINA MACHADO, DANIEL AUGUSTO LYRA VILLELA, GERALDO AUGUSTO DE MELLO SILVA

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

Introdução: O uso do ultrassom em anestesia regional possibilitou o aumento do número de bloqueios interfaciais, viabilizando a administração de anestésicos locais (AL) em pontos inacessíveis para a obtenção de anestesia cirúrgica e analgesia pós-operatória. O bloqueio do quadrado lombar tipo III tem como principal vantagem a dispersão do AL para o plano entre os músculos quadrado lombar e psoas, promovendo a anestesia cirúrgica do abdome inferior e pelve, que se estende por várias horas no pós-operatório. **Relato do caso:** Paciente feminina de 13 anos, com IMC de 17,8kg/m², portadora de insuficiência renal crônica estágio IV, hidroureteronefrose bilateral e mielomeningocele corrigida ao nascer, em uso de carbonato de cálcio, bicarbonato de sódio e eritropoietina. A paciente foi submetida a ampliação vesical devido a bexiga neurogênica sob anestesia geral, após monitorização com PANI, cardioscopia, oxícapnografia e venóclise com cateter de teflon 18G para sedação com midazolam endovenoso (EV). Após administração de dexametasona, omeprazol e ciprofloxacino EV, foi puncionada uma veia jugular interna, na qual administrou-se propofol, sufentanil e rocurnônio para a indução anestésica, seguida de intubação orotraqueal e manutenção com sevoflurano. Após posicionamento e aquecimento, iniciou-se o procedimento cirúrgico que durou 4,5 horas, sendo feito ao final do procedimento o bloqueio do quadrado lombar tipo III, guiado por ultrassom, com 30 mL de ropivacaína a 0,5% e a reversão do bloqueio neuromuscular com sugamadex. Após a extubação, a paciente foi encaminhada hemodinamicamente estável à sala de recuperação, permanecendo sem queixas de dor durante 24 horas após o procedimento, não havendo necessidade da administração de opioides no pós-operatório. **Discussão:** O bloqueio do quadrado lombar tipo III, prevê a dispersão do AL para o espaço paravertebral, promovendo uma adequada analgesia visceral e da parede abdominal inferior e pelve. Este procedimento anestésico reduz a necessidade de bloqueios do neuroeixo, o que nessa paciente foi fundamental devido ao seu histórico de mielomeningocele ao nascer. Prescindir do uso de opioides no pós-operatório por meio da aplicação do bloqueio regional também foi uma estratégia importante, pois os opioides retardam a mobilidade normal da neobexiga implantada na cirurgia, interferindo com o resultado cirúrgico.

Palavras-chave: Pediatria, Analgesia, Quadrado lombar

REFERÊNCIAS

- Hoffmann C, Harb A, Woo LL, Hannick JH. Quadratus lumborum block for upper tract urological surgery in pediatric patients. Urol J. 2022;31(02):e63-7. <http://doi.org/10.1055/s-0042-1743510>.
- Cai Q, Liu G, Liu Z, et al. Efficacy of quadratus lumborum block on postoperative pain and side effects in patients who underwent urological surgery: a meta-analysis. Pain Pract. 2023;23(1):70-82. <http://doi.org/10.1111/papr.13140>. PMID:35726437.

1651 BAROTRAUMA DURANTE ANESTESIA EM LACTANTE PARA CORREÇÃO DE HERNIA INGUINAL

ANA ANGELICA DE ASSUNÇÃO PORTELA, GERALDO AUGUSTO DE MELLO SILVA, GISELLE CARVALHO DE SOUSA, ROXANNE CABRAL PINTO SANTOS, SÉRGIO LUIZ DO LOGAR MATTOS

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

Introdução: Garantir a adequada ventilação em pediatria é uma atividade complexa que requer cautela devido aos possíveis riscos. O caso tem objetivo de questionar a importância da atenção do anestesiologista aos parâmetros respiratórios e sintomáticos, para uma rápida resolução, diminuindo assim sequelas ao paciente. **Relato de caso:** Lactante prematuro de 1 mês e 25 dias, 3,675 kg, com hernia inguinal direita sem outras comorbidades. O paciente foi submetido à hernioplastia inguinal direita, em caráter eletivo, sob anestesia geral balanceada. Indução inalatória com sevoflurano sob máscara facial e oxigênio a 50% com fluxo de 4L/min no sistema de Baraka, seguido de punção venosa em membro superior direito com cateter de teflon 24G. Na sequência, foram administradas as medicações fentanil, cetamina e rocurônio, respeitando dosagens compatíveis com peso e idade. Passagem de tubo orotraqueal nº 3,5, com *cuff*, por videolaringoscopia com auxílio de bougie. Confirmação de posicionamento traqueal por capnografia após terceira tentativa. Em seguida à intubação, o paciente apresentou diminuição da expansibilidade torácica com queda da Spo2 ao monitor. Ausculta respiratória identificou broncoespasmo tratado com salbutamol 3 *puffs*, adrenalina 5 mcg titulada, hidrocortisona 80 mg e sulfato de magnésio 80 mg, evoluindo com melhora dos sibilos, porém, o murmúrio vesicular permaneceu abolido à direita. Radiografia de tórax constatou pneumotórax à direita. Foi realizada toracostomia em selo d'água, evidenciando melhora nos parâmetros de saturação, ventilação e expansão pulmonar. Após estabilização do quadro, procedeu-se com o procedimento proposto sem mais intercorrências. Ao término, procedido o transporte para unidade fechada, sob ventilação mecânica, com bons parâmetros ventilatórios, hemodinamicamente estável e hemitórax direito com drenagem em selo d'água. **Discussão:** O barotrauma se encontra entre os riscos da ventilação pediátrica, entretanto, cabe ao anestesiologista saber identificar e auxiliar no tratamento. O aprendizado dos modos, parâmetros e tipos ventilatórios permite ao anestesiologista adotar a melhor conduta. Estratégia protetora pulmonar demonstra ser vantajosa, principalmente em lactantes, que têm menor eficiência do sistema respiratório.

Palavras-chave: Pneumotórax, Pediatria, Barotrauma

REFERÊNCIAS

1. Delhez Q, Bairy L, Mitchell J, Maseri A. Major pneumothorax during pediatric cardiac MRI procedure under general anesthesia: step-by-step analysis and importance of a well-known environment and material. *BMC Anesthesiol.* 2024;24(1):6. <http://doi.org/10.1186/s12871-023-02375-8>. PMID:38166574.
2. Vanzillota PP, Malavazzi MM. Anestesia em pediatria. In: Manica J, editor. *Anestesiologia*. 4. ed. Porto Alegre: Editora Artmed; 2018. p. 1041-72.

1656 HIPOXEMIA GRAVE EM PACIENTE SUBMETIDO A EXÉRESE DE TUMOR DE MEDIASTINO APÓS MANIPULAÇÃO CIRÚRGICA

LILIAN BERNARDETE MENDES RABELO, EDSON HORN, KAMILA GOMES DE SALES SOUZA, WESLEY SANTOS SILVA

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

Introdução: Tumores de mediastino são associados à alta taxa de morbimortalidade pela relação anatômica com estruturas torácicas importantes. A anestesia geral pode levar à descompensação cardiorrespiratória por desabamento do tumor sobre essas estruturas. A apresentação clínica depende da localização e do tamanho do tumor. **Relato de caso:** Paciente, 16 anos, 58 kg, início dos sintomas há 6 meses (dor torácica, tosse crônica e dispneia). Ao exame físico: murmúrio vesicular abolido em terço médio e base direita, sem sinais de desconforto respiratório. Sem preditores de via aérea difícil. Fazia uso de *patch* de fentanil 50 mcg/h. Realizou 6 ciclos de radioterapia. Admitido para ressecção de tumor de células germinativas primário de mediastino. Cirurgia iniciada com monitorização multiparamétrica, punção de PAI e AVC em VJID e realização de peridural em topografia T6-T7, passagem de cateter, com infusão de 15 mL de ropivacaína 0,5% + sufentanil 10 mcg. Indução venosa com fentanil 200 mcg+ propofol 150 mg+ rocurônio 50 mg, com IOT com TOT 8,0 c/ *cuff*, sob laringoscopia direta (classificação Comarck-Lehane I), manutenção inalatória com sevoflurano a 2%. Foi iniciado procedimento cirúrgico em DLE, com toracotomia póstero lateral direita e após 35 min o paciente evolui à dessaturação e secreção amarelada em tubo. Aspiração e ajustes de parâmetros ventilatórios, sem melhora. Foi realizado broncoscopia por cirurgia torácica, em DDH, com visualização de grande quantidade de material sebáceo em brônquio pulmonar esquerdo, proveniente de tumor. Optado por aspiração, troca para TOT 8,5 c/ *cuff* e bloqueio endobrônquico com balão em brônquio fonte direito, permanecendo em ventilação monopulmonar. Foi reiniciada a cirurgia e optou-se por esternotomia total com *hemiclamshell* direito. Foi observada massa encapsulada com invasão de lobo médio e realizado lobectomia média. Paciente estável durante procedimento. Conduzido até UTI após retorno de ventilação pulmonar bilateral. Foi extubado e no segundo dia de pós-operatório relatou dor de difícil controle. Foi iniciada bomba de ropivacaína 0,25% via peridural 7 mL/h- 0,1 mg/kg/h. Queixas algicas cessaram após três dias e o paciente seguiu estável hemodinamicamente. **Discussão:** Tumores como o descrito neste caso podem gerar um importante efeito de massa com repercussões circulatórias e ventilatórias, podendo gerar hipoxemia grave, mesmo com uma via aérea segura. Sendo assim, é crucial o monitoramento hemodinâmico e respiratório adequado do paciente.

Palavras-chave: Tumor de Mediastino, Hipoxemia, Manipulação cirúrgica

REFERÊNCIAS

- 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://doi.org/10.1097/ALN.0000000000004011>. PMID:34724550.
- Stubblefield J, Moon T, Griffin J. A large anterior mediastinal mass. *Anesthesiology*. 2018;128(3):637. <http://doi.org/10.1097/ALN.0000000000001931>. PMID:29035895.

1663 EXTRAVASATION OF CISATRACURIUM DURING A RADIOINTERVENTION PROCEDURE A CASE REPORT

VERONICA FERNANDES DE CAMPOS, RICARDO ANTONIO GUIMARÃES BARBOSA

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

Neuromuscular blockers (NMBs) have the function of muscle relaxation for intubation and optimization of the surgical field. When the airway is not secured, the activity of NMBs is catastrophic. In this case, we report subcutaneous extravasation (SCE) of cisatracurium, causing longer duration and complications. **Case report:** male patient, white, 49 years old. Medical history: obesity and systemic arterial hypertension. Scheduled radiointervention (RI) procedure for embolization of intranasal vascular malformation for subsequent surgical exeresis. Procedure was performed under general anesthesia at 14h; maintenance with 2% sevoflurane associated with cisatracurium bolus (total used: 30mg), with reversal of NMB with 1mg atropine and 2mg neostigmine at the end. Uneventful extubation at 17h. At 17h30min, we noted peripheral oxygen saturation (SpO₂) of 90%. The venous access was edematous, suggesting residual curarization due to NMB SCE. He was transferred to the Intensive Care Unit (ICU). At 19h30min, he had a decreased level of consciousness, tachypnea, and SpO₂ of 76%. He was intubated again, with improvement of vital signs shortly after. He was successfully extubated the next day at 09h20min - 1st RI postoperative day (1st RI PO). The surgical procedure occurred on the 3rd RI PO; he was discharged home safely on the 5th RI PO. **Discussion:** the incidence of SCE is up to 30% of cannulations (1). There are no studies that accurately demonstrate the pharmacokinetics of non-EV depolarizing NMBs. There are reports describing extravasations of rocuronium, pancuronium, and vecuronium, but none of the cisatracurium. Regarding the reversal of NMBs after SCE, it is not possible to guarantee the SC absorption of NMB would be within the half-life of the reverser. Nakamura (3) reported a case of BNM SCE in which the patient had clinical criteria for extubation, however, two hours later, she developed respiratory failure, requiring urgent orotracheal reintubation. In response, the institution adopted routine use of TOF and rigorous protocols for venous access safety. In our report, residual neuromuscular block brought complications: emergency reintubation, prolongation of hospital stay, and respiratory complications. We recommend implementing the use of Train-of-Four monitoring and safety checklists for both extubation and venous access safety (table 1). Additionally, in the case of NMB SCE, we recommend keeping these patients under specialized observation for at least one night.

Palavras-chave: Extravasation, Cisatracurium, Neuromuscular Blocking Agents

REFERÊNCIAS

1. Lake C, Beecroft CL. Extravasation injuries and accidental intra-arterial injection. *Contin Educ Anaesth Crit Care Pain*. 2010;10(4):109-13. <http://doi.org/10.1093/bjaceaccp/mkq018>.
2. Takagi S, Kijima M, Iwasaki H, Doshu-Kajiura A, Kitajima O, Suzuki T. Extravascular leakage of induction doses of rocuronium: four cases in which both depth of neuromuscular block and plasma concentration of rocuronium were assessed. *J Clin Monit Comput*. 2022;36(2):587-92. <http://doi.org/10.1007/s10877-021-00692-2>.
3. Nakamura T, Nagasaka H, Kazama T, et al. Postoperative recurrence of paralysis following extravascular injection of rocuronium bromide in an elderly patient with normal renal and hepatic function. *Anaesthesiol Intensive*. 2022;54(1):94-6. <http://doi.org/10.5114/ait.2022.114051>.

1664 PACIENTE COM SÍNDROME DE CORNELIA DE LANGE SUBMETIDO A TRANSPLANTE RENAL: RELATO DE CASO

TIAGO CANEU ROSSI, BRUNA LAZZARETTO BOHNENKAMP, DANIEL COSME FERNANDES DE MELO, GUSTAVO ESTEVAM, MILLER FAZOLI LAMBERT

SANTA CASA DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS, SÃO JOSÉ DOS CAMPOS, SP, BRASIL

Introdução: A síndrome de Cornélia de Lange (SCdL) é uma doença genética com incidência de 1:10.000 - 30.000 nascimentos. Manifesta-se com deficiência intelectual, atraso no desenvolvimento e múltiplas anomalias anatômicas em face, membros, sistemas gastrointestinal, cardíaco e musculoesquelético. O manejo anestésico na SCdL é desafiador quanto ao manejo da via aérea difícil e às doses anestésicas adequadas para manejo intraoperatório. Uma avaliação pré-anestésica minuciosa é necessária a fim de identificar possíveis complicações e reduzir a morbimortalidade desses pacientes. **Descrição do caso:** Paciente masculino, 49 anos, 57 kg, 151 cm, com ASA III devido à SCdL, hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus tipo 2, evoluindo para doença renal crônica não dialítica devido à glomerulonefrite rapidamente progressiva. Foi submetido a transplante renal intervivos com monitorização padrão associado à pressão arterial invasiva. A anestesia foi realizada com peridural lombar contínua associada à anestesia geral balanceada com fentanil (150mcg), lidocaína (60mg), propofol (150mg) e cisatracúrio (10mg) e manutenção com sevoflurano. A hipotensão foi corrigida com metaraminol. Ao final do procedimento, foram administrados 10ml de ropivacaína 0,2% em cateter peridural e realizado TOF, que apresentou T1/T4 de 15%. Optou-se por aguardar a reversão espontânea do bloqueio neuromuscular (BNM) e após 40 min o paciente foi extubado e mantido em cateter de oxigênio a 2l/min, sem queixas algicas, sendo encaminhado à UTI. **Discussão:** Pacientes com SCdL apresentam múltiplas anomalias que exigem considerações especiais durante o manejo anestésico. As alterações craniofaciais como macroglossia, fenda labial e/ou palatina, hipoplasia média de face, hipoplasia mandibular, pescoço curto e com mobilidade reduzida são relatadas e dificultam o manejo da via aérea. A utilização de anestesia geral é recomendada devido ao comportamento hiperativo e dificuldade de se manterem níveis adequados de sedação segura. Os pacientes com SCdL podem apresentar hipersensibilidade ou respostas imprevisíveis aos medicamentos anestésicos utilizados durante os procedimentos cirúrgicos. Por esse motivo, a monitorização do BNM e dos níveis de consciência deve ser realizada com o objetivo de se evitarem sobredoses de medicamentos, as quais podem causar prolongamento do despertar ou da duração do bloqueio neuromuscular.

Palavras-chave: Síndrome Cornelia de Lange, Transplante Renal, Anestesia

REFERÊNCIAS

1. Gaur P, Ubale P, Baldwa N, Gujjar P. Anesthetic management of a patient with Cornelia De Lange syndrome. *Anaesth Pain Intensive Care*. 2016;20(1):62-4.
2. Moretto A, Scaravilli V, Ciceri V, et al. Sedation and general anesthesia for patients with Cornelia De Lange syndrome: a case series. *Am J Med Genet C Semin Med Genet*. 2016;172(2):222-8. <http://doi.org/10.1002/ajmg.c.31493>. PMID:27145336.

1667 ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DE PACIENTES COM FIBROMIALGIA EM UM SERVIÇO DE SAÚDE PÚBLICO BRASILEIRO: UMA VISÃO ABRANGENTE.

MILENA DARA FARIAS DE JESUS NEVES LINHARES, ANA CAROLINA SILVA ROCHA, JOÃO BATISTA SANTOS GARCIA, LUCAS SOARES BRITO

HOSPITAL CARLOS MACIEIRA, SÃO LUÍS, MA, BRASIL

Introdução: O perfil epidemiológico da fibromialgia varia entre países desenvolvidos e em desenvolvimento¹. Na Europa, a prevalência é de 3,7%, afetando principalmente mulheres (63%) com média de idade de 54 anos². Esse padrão é notável em nações desenvolvidas, exigindo estudos comparativos com o perfil em países em desenvolvimento, como o Brasil. **Objetivos:** Descrever o perfil sociodemográfico e clínico de pacientes com fibromialgia em um serviço de saúde público no Brasil. **Método:** É um estudo transversal observacional com uma amostra de 217 pacientes com diagnóstico de fibromialgia em um serviço de saúde público especializado em dor. Foram recrutados pacientes maiores de 18 anos, com diagnóstico prévio da doença, mediante consentimento informado. Pacientes repetidos ou aqueles que recusaram participação durante a aplicação dos questionários foram excluídos. O questionário socioeconômico-clínico abordou informações como idade, estado civil, cor, profissão, renda mensal, comorbidades associadas, entre outros. Os dados epidemiológicos foram analisados descritivamente utilizando o programa estatístico Stata versão 16, calculando-se a média e o desvio padrão. **Resultados:** O estudo abrangeu 217 participantes, todos do sexo feminino, com uma média de 47,28 anos. Quanto ao estado civil, 29,49% eram solteiras, 53,92% casadas, 14,75% divorciadas e 1,84% viúvas. A média do IMC foi 27,67 kg/m², com 30,41% apresentando peso normal, 40,09% sobrepeso, 20,74% obesidade grau I e 8,75% obesidade grau II. Sobre a religião, 44,24% eram católicas, 44,70% evangélicas, 4,61% espíritas e 6,45% de outras religiões. Apenas 42,86% tinham emprego formal, 16,59% se autodeclararam negras, 58,99% pardas, 23,04% brancas e 1,38% de outra cor de pele. 16,59% tinham <1 salário-mínimo (SM), 55,76% de 1 a 2 SM, 21,20% de 3 a 5 SM e 6,45% >5 SM. Quanto à comorbidades, 36,90% tinham depressão, 40,48% ansiedade, 41,67% hipertensão, 13,10% diabetes, 25% outras comorbidades e 11,90% sem comorbidades. **Conclusão:** O estudo forneceu uma visão abrangente do perfil epidemiológico de mulheres com fibromialgia em um serviço público de saúde. Esses resultados se assemelham ao perfil predominante também em países desenvolvidos. Essas informações oferecem dados cruciais para compreender a fibromialgia no contexto brasileiro, ressaltando a complexidade clínica e social, essencial para orientar estratégias de manejo mais eficazes e inclusivas.

Palavras-chave: EPIDEMIOLOGIA, DOR, FIBROMIALGIA

REFERÊNCIAS

1. Barreto ML. Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global. Ciênc Saúde Coletiva. 2017;22(7):2097-108. [REDACTED]
2. Cabo-Meseguer A, Cerda-Olmedo G, Trillo-Mata JL. Epidemiología y caracterización sociodemográfica de la fibromialgia en la Comunidad Valenciana. Rev Esp Salud Pública. 2019;93:e201912099.

1669 ANESTESIA PARA CESARIANA EM PACIENTE COM ANEMIA FALCIFORME E A PREVENÇÃO INTRAOPERATÓRIA DE FATORES DE RISCO PARA CRISE FALCÊMICA: UM RELATO DE CASO

JULIA TRISTAO DE REZENDE, ARETHA PAES DE LIMA CARNEIRO, CLARA DE OLIVEIRA MENON, PAULA CRISTINA LEITÃO DE ASSUNÇÃO, SÉRGIO LUIZ DO LOGAR MATTOS

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

Introdução: Anemia falciforme é uma doença hereditária recessiva decorrente da homozigose para HbS. Possíveis manifestações clínicas incluem síndrome torácica aguda, episódio algico agudo, priapismo e acidente vascular cerebral causados pela eritrocitose das hemácias e fenômenos vaso-oclusivos em diversos órgãos e sistemas. Estas são comumente associadas a condições como hipóxia, acidose, hipotermia e hipovolemia, as quais, somadas a alterações específicas que ocorrem no organismo no período gestacional, são fatores que tornam o período intraoperatório de alto risco para complicações, sendo necessário controle rigoroso e conhecimento dessas condições durante o ato anestésico. **Relato de caso:** Paciente de 36 anos, sexo feminino, gestante de 33 semanas, peso 96Kg e altura de 1,62m, portadora de anemia falciforme, foi submetida à cesariana e miomectomia anterior devido à pré-eclâmpsia grave e útero polimiomatoso. Exames pré-operatórios com hemoglobina de 7,1 g/dl. Foi realizada punção de espaço subaracnóideo em L3-L4 com agulha de *Quincke* 25G e injeção de 60 microgramas de morfina e 12,5 miligramas de bupivacaína hiperbárica, alcançando-se um bloqueio sensitivo efetivo ao nível de T4. Durante o procedimento, realizou-se controle rigoroso dos fatores precipitantes de crise falcêmica, como hipovolemia, hipoxemia, infecção, acidose e hipotermia por meio de hidratação venosa com 1700 ml de cristaloides durante o ato cirúrgico, fornecimento de oxigenoterapia por máscara de Hudson a uma taxa de três litros por minuto e controle da oximetria de pulso, utilização de antibioticoprofilaxia com dois gramas de cefazolina, coleta de gasometria arterial com vigilância do pH e vigilância da temperatura da sala operatória. A cirurgia ocorreu sem sangramento significativo ou demais intercorrências, não necessitando, portanto, das reservas de hemoconcentrado previamente solicitadas. **Discussão:** O conhecimento da doença falciforme e suas manifestações clínicas, além dos dados laboratoriais e da história da paciente, são importantes para direcionar as condutas que serão adotadas no manuseio anestésico. Devem ser respeitados preceitos básicos, tais como controle da hidratação venosa titulado, monitorização da oximetria de pulso, manutenção da normotermia, prevenção da acidose metabólica e instituição da antibioticoprofilaxia cirúrgica. O anestesiológico deve analisar individualmente cada caso a fim de reduzir os desfechos desfavoráveis no intra e pós-operatório.

Palavras-chave: Anestesia para Cesariana, Crise Falcêmica, Anemia Falciforme

REFERÊNCIAS

1. Janik J, Andrea Seeler R. Perioperative management in children with sickle hemoglobinopathy. *J Pediatr Surg*. 1980;15(2):117-20. [http://doi.org/10.1016/S0022-3468\(80\)80001-7](http://doi.org/10.1016/S0022-3468(80)80001-7). PMID:7373485.
2. Vichinsky EP, Haberken CM, Neumayr L, et al. A comparison of conservative and aggressive transfusion regimens in the perioperative management of sickle cell disease. *N Engl J Med*. 1995;333(4):206-13. <http://doi.org/10.1056/NEJM199507273330402>. PMID:7791837.

1670 CUIDADOS NO MANEJO E ESCOLHA DA TÉCNICA ANESTÉSICA EM CRIANÇA PORTADORA DE PÊNFIGO FOLIÁCEO: UM RELATO DE CASO

JULIA TRISTAO DE REZENDE, BRUNO VÍTOR MARTINS SANTIAGO, CLARA DE OLIVEIRA MENON, NATHALIA RODRIGUES LEÃO PINA, SÉRGIO LUIZ DO LOGAR MATTOS

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

Introdução: O termo pênfigo diz respeito a um grupo de dermatoses vesicobolhosas autoimunes, caracterizadas por extenso acometimento de pele e mucosas, que implicam diversos desafios anestésicos. No tipo pênfigo foliáceo, o antígeno alvo é a desmogleína 1, acarretando perda da adesão celular nas camadas mais superficiais da epiderme, com formação de bolhas muito flácidas, sendo comumente encontradas erosões ou áreas eritematosas recobertas por crostas como resultado de bolhas prévias rotas, importantes focos de infecção. O objetivo deste relato é destacar os cuidados no manejo e na escolha da técnica anestésica em criança portadora de pênfigo foliáceo. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 11 anos, 70 kg, portadora de pênfigo foliáceo, com lesões disseminadas pelo corpo, mais evidentes em face, tronco e membros superiores, contendo sinais de infecção ativa. Foi submetida a implante de acesso venoso profundo, sob anestesia, por falência na obtenção de acesso venoso periférico para a realização de antibioticoterapia hospitalar com vancomicina e pulsoterapia com metilprednisolona. Optou-se pela realização de sedação com cetamina 60 mcg + dexmedetomidina 60 mcg intramuscular (IM) e sevoflurano 2% sob máscara facial em ventilação espontânea com oxigênio a 100% em fluxo de 2 litros por minuto. Realizou-se punção de veia femoral esquerda pela técnica de Seldinger ecoguiada, e a escolha do sítio foi direcionada para a área menos acometida pelas lesões penfigoides. Após 1 hora de cirurgia, o despertar da paciente ocorreu sem nenhuma intercorrência. **Discussão:** No manejo anestésico de pacientes com pênfigo foliáceo, deve haver avaliação pré-operatória completa, com referência à extensão das lesões cutâneas e envolvimento sistêmico, além do conhecimento da terapia medicamentosa atual, visto que o uso de esteroides é etapa importante do tratamento da doença, e sua reposição pode ser necessária no intraoperatório. Em razão de lesões friáveis e dolorosas na pele, o monitoramento pode ser difícil e traumas devem ser evitados. Atenção especial também deve ser dada às possíveis alterações hidreletrolíticas decorrentes de lesões exsudativas extensas e à termorregulação. Desse modo, entende-se que o anestesista deve ter conhecimento da patologia em questão e de quaisquer consequências anestésicas que podem ocasionar ou potencializar danos relacionados à doença, adequando a técnica para a realização do procedimento proposto com o menor risco anestésico.

Palavras-chave: Pênfigo foliáceo, manejo anestésico.

REFERÊNCIAS

1. Prasad KK, Chen L. Anesthetic management of a patient with bullous pemphigoid. *Anesth Analg.* 1989;69(4):537-40. <http://doi.org/10.1213/0000539-198910000-00024> PMID:2675677.

1671 HEMORRAGIA PÓS PARTO (HPP) MACIÇA E O USO TROMBOELASTOMETRIA ROTACIONAL (ROTEM) NA ORIENTAÇÃO A TERAPIA TRANSFUSIONAL

GRACIELE DE CARO REIS MACHADO, BRUNO VÍTOR MARTINS SANTIAGO, MARCO AURELIO DAMASCENO SILVA, MIKE CAVALCANTE BARBOSA

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

Cerca de 530.000 mulheres evoluem para óbito por ano devido a quadro de hemorragia pós parto (HPP). Existem várias causas para a HPP e seus desfechos clínicos materno e fetal, sendo este um relato de caso de hospital alta complexidade diante de uma discrasia sanguínea em gestante por descolamento prematuro de placenta (DPP) com óbito fetal e o uso da terapia transfusional guiada por ROTEM na resolução do quadro. **Relato:** Gestante, 39 anos, 80 kg, G1P1, HAS com quadro de pré-eclâmpsia sobreposta, apresentou DPP acompanhado de instabilidade hemodinâmica, com necessidade de cesariana de urgência. Ocorreu sofrimento fetal grave, levando à morte do feto. Foi realizada anestesia geral em razão do quadro clínico, com retirada do feto e placenta, e ocorreu importante sangramento retroplacentário. Útero apresentou-se atônico, apesar da massagem uterina e 10 U ocitocina EV. Foi solicitado misoprostol via retal, 15 U de ocitocina em SF 500 ml, persistindo sangramento em sítio cirúrgico, com piora da instabilidade hemodinâmica, assim como quadro de sangramento em sítio de acesso venoso periférico. Houve a coleta de GSA, sem distúrbio ácido-base, e amostra para realização da ROTEM. Fez-se o uso, então, de 1 g ácido tranexâmico, 2 concentrados de hemácias, 4 g de fibrinogênio, 4 frascos de complexo protrombínico, 2 bolsas de plasma fresco e 1 pool de plaquetas. **Discussão:** Diante deste cenário, é possível notar a gravidade do quadro estabelecido e a necessidade de urgente correção com risco iminente à vida materna. Segundo o estudo WOMAN, o uso do ácido tranexâmico reduz a HPP e a gravidade dos quadros. Diante do arsenal da ROTEM na unidade, optou-se por aplicar o algoritmo de HPP fundamentado em metas guiadas por um fluxograma que define quadros com A5 extem < 35 mm e fibtem < 12 mm, bem como a realização de transfusão, utilizando como cálculo o peso de 80 kg, e o aumento de pelo menos 8 mm no fibtem atual e de 4 g de fibrinogênio. Após as transfusões citadas, houve resolução completa do sangramento e melhora da instabilidade hemodinâmica, ocorrendo nova coleta da ROTEM com A5 fibtem 13 mm e extem 32 mm, GSA sem acidose e melhora Hb. Optou-se por extubação traqueal e encaminhamento ao CTI. Assim, o uso da ROTEM, quando possível, foi de grande auxílio na terapia guiada por metas e na resolução deste cenário que ainda representa a maior causa de óbito materno no mundo.

Palavras-chave: Tromboelastometria, ROTEM, hemorragia pós-parto.

REFERÊNCIAS

1. Görlinger K, Pérez-Ferrer A, Dirkmann D, et al. The role of evidence based algorithms for rotational thromboelastometry-guided bleeding management. Korean J Anesthesiol. 2019;72(4):297-322. <http://doi.org/10.4097/kja.19169> PMID:31096732.

1672 MIASTENIA GRAVIS E IMPLICAÇÕES ANESTÉSICAS

GRACIELE DE CARO REIS MACHADO, BRUNO VÍTOR MARTINS SANTIAGO, MARCO AURELIO DAMASCENO SILVA, MIKE CAVALCANTE BARBOSA

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

Introdução: Miastenia gravis (MG) é uma doença autoimune em que há ligação de autoanticorpos à subunidade alfa do receptor acetilcolina na fenda neuromuscular, sendo que a crise miastênica é o quadro mais temido que pode ser gerado pelo estresse cirúrgico, levando à insuficiência respiratória aguda, com o tratamento devendo ocorrer por meio do uso de imunoglobulina. É importante que as medicações estejam em uso regular até o dia da cirurgia, podendo, inclusive, ser necessária a realização de plasmáfereze e testes de função pulmonar para avaliar risco de ventilação mecânica no pós-operatório. Assim, este é um relato de programação e escolha anestésica para esse perfil de pacientes. **Relato:** Mulher, 41 anos, portadora de MG, fez ureterectomia com linfadenectomia e ressecção de parede vaginal por carcinoma de células escamosas em ureter. Estava em uso regular de brometo de piridostigmina e levotiroxina. Optou-se por anestesia geral venosa total e peridural lombar, indução realizada com propofol, fentanil 100 mcg, rocurônio 60 mg, lidocaína 80 mg, monitorização de bloqueio neuromuscular com uso de TOF e estímulo simples (CS), sendo valor inicial de CS = 96. A cirurgia durou 7 horas, sendo utilizado, ao final, 400 mg de sugamadex, com valor de tof similar ao de entrada, T1 = 96. Fez-se analgesia pelo cateter peridural com uso de ropivacaína 0,3% 10 ml e morfina 2 mg. Optou-se pela extubação, com volume corrente e frequência respiratória sem sinais de fadiga sob monitorização neuromuscular. O pós-operatório se deu sem intercorrências em unidade de terapia intensiva. **Discussão:** Bloqueadores neuromusculares (BNM) despolarizantes devem ser utilizados em doses maiores em razão da resistência dos receptores, porém a duração de ação nos usuários de anticolinesterásicos e plasmáfereze reduz a atividade da butirilcolinesterase, aumentando essa duração. Já os adespolarizantes causam potencialização e aumento da duração. A preferência é pelo uso de propofol em vez dos inalatórios por causa da potencialização do BNM. Os anestésicos locais (AL) do tipo éster são metabolizados por pseudocolinesterases, devendo ser evitados em pacientes em tratamento com anticolinesterásicos. Com base nessas exigências, a programação do ato anestésico e a escolha das drogas são extremamente importantes para evitar a necessidade de ventilação mecânica prolongada, já que alguns pacientes podem necessitar de 24-48 horas no pós-operatório. Caso a crise miastênica seja instalada, o uso de imunoglobulina pode ser necessário, por isso sua reserva para o dia da cirurgia é primordial.

Palavras-chave: Miastenia gravis, crise miastênica.

REFERÊNCIAS

1. Medeiros MF, Nunes MV, Santos LGT, Ravaiane RB. Implicações anestésicas na miastenia gravis - revisão da literatura. Rev Med Minas Gerais. 2016;26(Supl 1):S60-4.

1674 REAÇÃO ALÉRGICA APÓS USO DE INDOCIANINA VERDE EM PACIENTE COM HISTÓRICO DE ALERGIA A IODO – RELATO DE CASO

RENATA HELLEN DENIS DOS SANTOS, BERENICE MARIA KOMINEK SATO, LUCAS BINOTTO FORMIGHIERI, MARINA LOPES FERREIRA, PATRICIA MOREIRA

HOSPITAL ERASTO GAERTNER, CURITIBA, PR, BRASIL

Introdução: O verde de indocianina (ICG) é um agente de fluorescência amplamente utilizado em cirurgias, principalmente oncológicas, para a identificação das condições de perfusão sanguínea tecidual e de anastomoses, mapeamento de vias biliares, drenagem linfática e localização de linfonodos. É um agente que não apresenta propriedades radioativas, tem baixa toxicidade e elevado perfil de segurança em doses de até 2 mg/kg. Contudo, é necessário ter cautela na indicação de uso em pacientes com reações alérgicas prévias a frutos do mar, iodo ou contraste iodado, já que a solução de ICG pode conter até 10% de iodo como contaminante intrínseco. **Relato de caso:** Paciente feminina, 62 anos, 80 kg, ASA II (hipertensa e dislipidêmica bem controlada e ex-tabagista), com histórico de reação cutânea (rash cutâneo urticariforme) após uso intravenoso de contraste iodado. Seria realizado plano cirúrgico de reconstrução mamária esquerda com retalho transversal do músculo reto abdominal. Foi admitida em sala cirúrgica e submetida à monitorização padrão. Realizou-se indução venosa com midazolam 3 mg, fentanil 100 mcg, propofol 170 mg, cisatracúrio 8 mg e clonidina 100 mcg. A intubação orotraqueal se deu por laringoscopia direta, e a paciente foi acoplada à ventilação mecânica e mantida em plano anestésico com sevoflurano próximo a 1 CAM. Após a indução, foram administrados cetorolaco 30 mg, metadona 10 mg e dexametasona 8 mg. Em seguida à realização da rotação do retalho, foi realizada a infusão subcutânea de 0,5 mg de ICG próxima à área de retalho, sendo identificado aparecimento de rash cutâneo disseminado em padrão urticariforme predominantemente em membros inferiores. Por causa da cronologia dos fatos, fez-se administração de 300 mg de hidrocortisona. Paciente não apresentou repercussão hemodinâmica ou ventilatória. Foi extubada sem intercorrências após 9 horas de procedimento e encaminhada à UTI, recebendo alta no dia seguinte. **Discussão:** A segurança do ICG é bem estabelecida, com poucos relatos de reações alérgicas, principalmente graves. Seu uso em pacientes com reação alérgica a iodo deve ser evitado, porém, em casos selecionados como este em questão, em que era fundamental avaliar a perfusão do retalho, seu uso se justifica. De acordo com a literatura, infusões endovenosas são potencialmente mais alergênicas do que aquelas de aplicação local e também são, como se sugere, dose-dependentes, com maiores incidências em dosagens superiores a 0,5 mg/kg.

Palavras-chave: Hipersensibilidade, anestésicos, verde de indocianina.

REFERÊNCIAS

1. Garski TR, Staller BJ, Hepner G, Banka VS, Finney RA Jr. Adverse reactions after administration of indocyanine green. JAMA. 1978;240(7):635. <http://doi.org/10.1001/jama.240.7.635b> PMID:671679.
2. Zammarrelli WA 3rd, Afonso AM, Broach V, et al. Sentinel lymph node biopsy in patients with endometrial cancer and an indocyanine green or iodinated contrast reaction - a proposed management algorithm. Gynecol Oncol. 2021;162(2):262-7. <http://doi.org/10.1016/j.ygyno.2021.05.009> PMID:33992449.

1675 INTOXICAÇÃO POR ANESTÉSICO LOCAL EM BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL VIA AXILAR

GRACIELE DE CARO REIS MACHADO, ALBERTO FREAZA LOBÃO BASTOS, BRUNO VÍTOR MARTINS SANTIAGO, MARCO AURELIO DAMASCENO SILVA, MIKE CAVALCANTE BARBOSA

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

Introdução: A frequência de uso de bloqueios regionais como estratégia poupadora de opioide exige do anestesiologista atenção aos fatores de risco para possível intoxicação por anestésico local (IAL). O uso da ultrassonografia (USG) aumenta a segurança nos bloqueios ao visualizar estruturas vasculares, além de permitir reduzir a massa de anestésico local (AL), porém, apesar de ser fator protetor, os riscos continuam a existir. Este é um relato de IAL e da importância em identificar precocemente os sinais de intoxicação e como agir. **Relato:** Homem, 25 anos, ASA I, 88 kg, após lesão cortante em antebraço esquerdo, teve lesão tendinosa e de nervo ulnar, com perda de sensibilidade de 4º e 5º quirodáctilo. Realizou-se bloqueio via axilar do plexo braquial guiado por USG e fez-se uso de ropivacaína 100 mg e lidocaína 200 mg, 20 ml da solução, associado à sedação venosa com midazolam 5 mg e fentanil 50 mcg. Durante a injeção do AL, houve início de quadro de convulsão muscular tônico-clônica generalizada, fazendo-se uso de 5 mg de midazolam, com retorno do quadro em pós-ictal, sem déficits neurológicos e sem instabilidade hemodinâmica ou alterações eletrocardiográficas. Optou-se pela utilização de emulsão lipídica, apesar de cessada crise convulsiva com uso de benzodiazepínico. **Discussão:** Os ALs são fármacos comumente utilizados por diversas especialidades médicas, porém seu emprego em anestesia regional é soberano. Diante de um quadro de IAL, o principal alvo é o sistema nervoso central (SNC), e sua evolução é progressiva, começando por formigamento de lábios e língua, zumbidos, distúrbios visuais, abalos musculares, convulsões, inconsciência e coma, podendo evoluir para parada cardiorrespiratória (PCR). O sistema cardiovascular é o segundo mais afetado, havendo lentificação da condução e redução do inotropismo. O tratamento em casos de pacientes hemodinamicamente estáveis com convulsão isolada é por meio de benzodiazepínico e oferta de oxigênio. Nos casos graves, como apneia, arritmia e instabilidade hemodinâmica, deve-se utilizar emulsão lipídica (EL), acessar via aérea e evitar acidose. Para evitar complicações, suas doses máximas devem ser respeitadas, além do auxílio da USG. No entanto, IALs podem ocorrer por injeção errônea intravascular, doses acima da permitida ou predisposição. No caso apresentado, foi utilizada dose inferior à dose máxima de ambos os ALs utilizados e foi feito uso de USG e de aspiração prévia à injeção.

Palavras-chave: Intoxicação, anestésico local, plexo braquial.

REFERÊNCIAS

1. Association of Anaesthetists. Management of severe local anaesthetic toxicity 2. London: Association of Anaesthetists. 2010 [citado 2011 Jun 27]. Disponível em: http://www.aagbi.org/sites/default/files/la_toxicity_2010_0.pdf

1676 BLOQUEIO CONTÍNUO SUPRACLAVICULAR PARA MANEJO DE DOR EM FRATURA COMPLEXA DE ÚMERO PROXIMAL: RELATO DE CASO

IGOR DUQUE GONCALVES DA SILVA, DANIELA GOMES DE SOUZA, LUIZ GUILHERME MODESTO SZENESZI, PAULA CRISTINA LEITÃO DE ASSUNÇÃO, RAFAEL DE OLIVEIRA SARTINI

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

Introdução: O bloqueio de plexo braquial via interescalênica ou o bloqueio seletivo de raiz de C5 e C6 são algumas das abordagens para cirurgias de ombro, úmero proximal e clavícula. No entanto, a sua administração em dose única pode ser uma estratégia parcialmente eficaz em algumas cirurgias. Em cirurgias longas, com grande estímulo algico pela mobilização da articulação glenoumeral e osteossíntese, espera-se um consumo de opioides acentuado no pós-operatório. A opção pelo uso do cateter, portanto, assume importância para a analgesia intermitente e mobilização precoce na enfermaria, sem os prejuízos prováveis do bloqueio do nervo frênico, por exemplo, que tem uma incidência alta na abordagem interescalênica. **Relato do caso:** Paciente feminina, 53 anos, 92 kg e 1,65 cm, hipertensa e diabética controlada, ASA II, teve programada correção de fratura de terço proximal de úmero esquerdo após queda da própria altura há três meses, evoluindo com perda de mobilidade e dor intensa. Foi indicada osteossíntese de úmero esquerdo, procedimento realizado com bloqueio seletivo da raiz de C5 e C6 ecoguiado com agulha não cortante, utilizando 15 ml de ropivacaína 0,5%, seguido por indução com 100 mg de propofol IV, 250 mcg de fentanil IV, 50 mg de rocurônio IV e manutenção com sevoflurano 2%. Não houve necessidade de infusão de opioides durante o procedimento. Ao término da cirurgia, foi realizada a colocação ecoguiada de cateter de nervo periférico em região supraclavicular e administrados 5 ml de ropivacaína 0,2%. A paciente foi extubada sem intercorrências após 4 horas de cirurgia e encaminhada para a SRPA sem dor ou desconforto. Foi mantida com o cateter durante 2 dias, tendo sido realizado 20 ml de ropivacaína 0,2% após 36 horas da cirurgia, sem a necessidade de complementação da analgesia com opioides nesse período. **Discussão:** A analgesia comparativa entre as duas abordagens, por meio de cateter ou injeção local única, é diferente. Na abordagem com passagem de cateter, são obtidos melhores resultados e maior satisfação do paciente com a analgesia em infusão contínua, apesar da nossa opção por analgesia intermitente, motivada pela estrutura institucional. Dessa forma, este relato de caso contribui para demonstrar a importância do bloqueio intermitente por cateter em comparação à injeção única como auxílio analgésico durante o período de internação em pacientes submetidos à cirurgia de úmero proximal.

Palavras-chave: Cateter de nervo periférico, bloqueio supraclavicular, fratura de úmero proximal.

REFERÊNCIAS

1. Perlas A, Lobo G, Lo N, Brull R, Chan VWS, Karkhanis R. Ultrasound-guided supraclavicular block: outcome of 510 consecutive cases. *Reg Anesth Pain Med.* 2009;34(2):171-6. <http://doi.org/10.1097/AAP.0b013e31819a3f81> PMID:19282715.
2. Law WZW, Sara RA, Cameron AJD, Lightfoot NJ. Local anaesthetic delivery regimens for peripheral nerve catheters: a systematic review and network meta-analysis. *Anaesthesia.* 2020;75(3):395-405. <http://doi.org/10.1111/anae.14864> PMID:31612480.
3. Mariano ER, Sandhu NS, Loland VJ, et al. A randomized comparison of infraclavicular and supraclavicular continuous peripheral nerve blocks for postoperative analgesia. *Reg Anesth Pain Med.* 2011;36(1):26-31. <http://doi.org/10.1097/AAP.0b013e318203069b> PMID:21455085.

1683 PREPARO PRÉ-OPERATÓRIO E MANEJO INTRAOPERATÓRIO EM PACIENTE SUBMETIDO A LOBECTOMIA PARA TRATAMENTO DE TUMOR NEUROENDÓCRINO PULMONAR METASTÁTICO

GERSIKA FERREIRA CAMILO, IGOR FAGUNDES VIEIRA, KATIA DANIELA DA SILVEIRA MILAGRES, MARCIO HENRIQUE MENDES, RODRIGO DE LIMA E SOUZA

CET DO HOSPITAL MADRE TERESA - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL MADRE TERESA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL

Introdução: Tumores neuroendócrinos (TNEs) são raros e estão localizados frequentemente no trato gastrointestinal ou no sistema broncopulmonar. A Síndrome Carcinoide (SC) é uma síndrome paraneoplásica comumente identificada em pacientes portadores de TNEs. O tratamento antes de intervenções cirúrgicas com análogos de somatostatina (AS), como a octreotida, é recomendado para o controle dos sintomas. Essa medicação também contribui para prevenir a crise carcinoide, manifestação letal da SC evidenciada por instabilidade autonômica com liberação de catecolaminas causada por estresse, manipulação do tumor ou drogas anestésicas. **Apresentação do caso:** Paciente do sexo masculino, 46 anos, portador de diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, hipertrigliceridemia, esteatose hepática, obesidade, tabagista ativo, em uso de metformina, gliclazida, losartana e furosemida. Apresentou início súbito de alterações visuais mal caracterizadas concomitantemente com alterações pressóricas, glicêmicas e fraqueza proximal. Teve diagnóstico de adenoma hipofisário com metástase pulmonar, caracterizado como tumor neuroendócrino, sendo, portanto, indicada lobectomia pulmonar. Como planejamento clínico intraoperatório, foi iniciada infusão de octreotida 100 mcg/h, endovenosa (EV), 48 horas antes da cirurgia, com acompanhamento da equipe da endocrinologia. Optou-se por técnica cirúrgica robótica e anestesia venosa total. A infusão da octreotida foi mantida durante a cirurgia, que durou 5 horas e transcorreu com sucesso e sem intercorrências. Após a extubação, o paciente manteve-se sonolento, mas responsivo, com bom padrão ventilatório e necessitou de baixas doses de nitroprussiato para manter adequados níveis pressóricos. Foi encaminhado à unidade de terapia intensiva e manteve infusão de octreotida por 48 horas, mantendo regressão parcial dos sintomas, com persistência apenas de alterações visuais leves. **Discussão:** O presente relato descreve um caso de tumor neuroendócrino abordado cirurgicamente, em que a infusão de octreotida perioperatória e a restrição de opioides propiciaram bom desfecho clínico, evitando a ocorrência de crise carcinoide. O que garantiu o sucesso do caso foi a efetiva interdisciplinaridade, na qual endocrinologista, oncologista, cirurgião, enfermeiros e anesthesiologistas se envolveram efetivamente no projeto terapêutico do paciente.

Palavras-chave: Tumores neuroendócrinos, octreotida, pré-operatório.

REFERÊNCIAS

1. Castillo J, Silvey G, Weiner M. Anesthetic management of patients with carcinoid syndrome and carcinoid heart disease: the mount sinai algorithm. J Cardiothorac Vasc Anesth. 2018;32(2):1023-31. <http://doi.org/10.1053/j.jvca.2017.11.027> PMID:29273478.
2. Kaltsas G, Caplin M, Davies P, et al, and the Antibes Consensus Conference participants. ENETS Consensus Guidelines for the Standards of Care in Neuroendocrine Tumors: Pre-and Perioperative Therapy in Patients with Neuroendocrine Tumors. Neuroendocrinology. 2017;105(3):245-54. <http://doi.org/10.1159/000461583> PMID:28253514.

1684 MANEJO DA VIA AÉREA COM CISTOS DE LARINGE: RELATO DE CASO

REBECA MEIRELLES DE ARAUJO ASSIS, CLAUDIA MARQUEZ SIMOES, TALITHA GONÇALEZ LELIS

CET SÃO PAULO-SERV.MÉD.DE ANEST.S/C LTDA - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL SÍRIO E LIBANÊS, SÃO PAULO, SP, BRASIL

Introdução: Cistos de laringe são lesões raras e correspondem a 5% das lesões benignas. Apesar de assintomáticos em sua maioria, também podem gerar repercussões clínicas decorrentes da obstrução direta ou da distorção anatômica laríngea, tornando o manejo da via aérea desafiador. Respiração, deglutição e fonação podem estar comprometidas, manifestando-se com estridor, dispneia, dessaturação, cianose, roncos noturnos, disфонia e disfagia. **Relato de caso:** Paciente do sexo masculino, 8 anos, previamente hígido, aos 6 anos teve um cisto de aritenóide, tratado cirurgicamente com marsupialização da lesão. A mãe relatou recorrência dos sintomas, manifestados por estridor inspiratório, tosse, roncos e dispneia aos esforços. Retornou à consulta com otorrinolaringologista, que solicitou nasofibrolaringoscopia com biópsia, evidenciando estrutura cística em valécula com 2,2 x 1,1 x 0,3 cm. A microscopia revelou que o epitélio plano estratificado envolvia a cavidade contendo mucina e células inflamatórias. Optou-se por tratamento cirúrgico com marsupialização do cisto. A avaliação pré-anestésica e a anestesia foram realizadas pelo mesmo anestesiológico que participou da abordagem do cisto de aritenóide – naquela ocasião, não houve dificuldade no manejo da via aérea, com intubação traqueal realizada por laringoscopia direta. Na abordagem do cisto de valécula, foi realizada indução inalatória, ventilação sob máscara efetiva e laringoscopia direta sem sucesso. A segunda tentativa foi com videolaringoscopia e uso de fio guia, com sucesso. O intraoperatório transcorreu sem intercorrências. O paciente foi extubado e, no pós-operatório imediato, apresentou alívio dos sintomas. **Discussão:** Em pacientes com cistos de laringe, é importante a adequada avaliação da via aérea no pré-operatório, com o objetivo de se preparar para dificuldades na ventilação e intubação. A visualização glótica pode não ser satisfatória na laringoscopia direta, com potencial de complicações como ruptura do cisto, broncoaspiração, edema e hemorragia. A aspiração do cisto pode ser necessária, porém deve ser evitada por aumentar o risco de broncoaspiração e dificultar a identificação das margens cirúrgicas. A fibroscopia é padrão-ouro na via aérea difícil e deve ser realizada após indução inalatória em crianças que não colaboram enquanto despertas. Porém, cistos de laringe podem causar distorção anatômica e, nesse caso, a videolaringoscopia associada ao fio guia é uma ferramenta valiosa a ser considerada.

Palavras-chave: Cisto de laringe, cisto de valécula, manejo de via aérea.

REFERÊNCIAS

1. Heyes R, Lott DG. Laryngeal cysts in adults: simplifying classification and management. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2017;157(6):928-39. <http://doi.org/10.1177/0194599817715613> PMID:28695764.
2. Reiersen DA, Gungor AA. Airway management in an infant with a giant vallecular cyst. *Am J Otolaryngol.* 2014;35(2):261-4. <http://doi.org/10.1016/j.amjoto.2013.11.001> PMID:24462111.

1689 ANESTESIA PARA CESARIANA EM GESTANTE COM MIOCARDIOPATIA NÃO COMPACTADA: RELATO DE CASO

TIAGO CANEU ROSSI, ANANDA COSTA DOMINGOS, DANIEL COSME FERNANDES DE MELO, DIEGO SANTA ROSA SANTOS, MILLER FAZOLI LAMBERT

SANTA CASA DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS, SÃO JOSÉ DOS CAMPOS, SP, BRASIL

Introdução: A miocardiopatia apresenta incidência de 4% em gestações, entretanto é a principal causa não obstétrica de complicações maternas e a maior causa de morte materna indireta, perfazendo cerca de 10% dos óbitos maternos. A miocardiopatia não compactada do ventrículo esquerdo (CNCVE) é uma doença congênita rara que ocorre por falha no processo de compactação das fibras miocárdicas. **Relato de caso:** Paciente com 28 anos, primigesta, 39 semanas de idade gestacional em trabalho de parto ativo, foi admitida para realização de cesariana. Possuía gestação de alto risco por episódios de taquicardia ventricular (TV) sintomática que se iniciaram a partir da 20ª semana de gestação. Optou-se pela realização de cesariana a fim de evitar estresse materno durante o período de trabalho de parto e agravamento da arritmia. Paciente ficou sob monitorização padrão, estável hemodinamicamente e em ritmo sinusal, sendo submetida à raquianestesia com bupivacaína 12 mg + morfina 80 mcg, sem intercorrências. A hipotensão foi corrigida com metaraminol. Após o nascimento, evoluiu com TV com estabilidade hemodinâmica, sendo realizado o uso de lidocaína 1 mg/kg endovenosa, com retorno ao ritmo sinusal. A paciente foi encaminhada à UTI para monitorização e, durante a investigação, descobriu-se história de morte súbita abortada há 2 anos, acidente vascular encefálico e TV sintomática antes da gestação. Foi solicitada ressonância nuclear magnética (RNM) de miocárdio sob estresse farmacológico que apresentou dilatação de VE, aumento de átrio esquerdo, prolapso de valva mitral e aumento do trabeculado subendocárdico associado à fibrose subendocárdica, sendo achados da CNCVE e com indicação de implante de cardiodesfibrilador implantável em razão da história de morte súbita abortada e TV crônica. Desta forma, após a alta, a paciente foi encaminhada para o arritmologista. **Discussão:** A CNCVE é caracterizada por trabéculas proeminentes, recessos intratrabeculares e miocárdio ventricular esquerdo com duas camadas distintas (compactada e não compactada), sendo causada por uma interrupção dos processos de morfogênese endomiocárdica intrauterina. As manifestações clínicas são variáveis, sendo o diagnóstico confirmado pela RNM. Em gestantes, o aumento no volume plasmático circulante e no débito cardíaco eleva o risco de desenvolvimento de arritmias. Desta forma, os bloqueios de neuroeixo evitam a descarga de catecolaminas endógenas, reduzindo o risco de arritmias agudas durante o parto.

Palavras-chave: Miocardiopatia não compactada, anestesia, gestante.

REFERÊNCIAS

1. Udeoji DU, Philip KJ, Morrissey RP, Phan A, Schwarz ER. Left ventricular noncompaction cardiomyopathy: updated review. *Ther Adv Cardiovasc Dis.* 2013;7(5):260-73. <http://doi.org/10.1177/1753944713504639> PMID:24132556.
2. Ichida F. Left ventricular noncompaction. *Circ J.* 2009;73(1):19-26. <http://doi.org/10.1253/circj.CJ-08-0995> PMID:19057090.
3. Peterson AA, Arendt KW, Sharpe EE. Management of supraventricular tachycardia in pregnancy. *Pain Med.* 2020;21(2):426-8. <http://doi.org/10.1093/pm/pnz330> PMID:31845980.

1691 RECONHECIMENTO E MANEJO DA EMBOLIA AMNIÓTICA PERIOPERATÓRIA DURANTE CESARIANA- RELATO DE CASO

TIAGO CANEU ROSSI, BRUNA LAZZARETTO BOHNENKAMP, DANIEL COSME FERNANDES DE MELO, GUSTAVO ESTEVAM, MILLER FAZOLI LAMBERT

SANTA CASA DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS, SÃO JOSÉ DOS CAMPOS, SP, BRASIL

Introdução: A embolia de líquido amniótico (ELA) é uma complicação obstétrica rara e associada à alta morbimortalidade materna e fetal. Sua apresentação clínica é variável, incluindo dispneia, hipotensão, coagulopatia e colapso cardiovascular. Apresenta incidência estimada em 1-7 casos por 100.000 nascimentos e representa um desafio diagnóstico e terapêutico desafiador na prática anestésica. **Relato de caso:** Paciente de 36 anos, primigesta, 40 semanas de gestação, com histórico de hipotireoidismo e obesidade grau III, foi submetida à cesariana de urgência por sofrimento fetal. Durante o procedimento sob raquianestesia, imediatamente após o nascimento, a paciente apresentou rebaixamento súbito do nível de consciência, associado à instabilidade hemodinâmica e hipotensão. Neste momento, foi realizada intubação orotraqueal em sequência rápida com fentanil, etomidato e rocurônio. Também foi iniciada infusão de noradrenalina devido à refratariedade da resposta pressórica a doses incrementais de metaraminol. Após estabilização inicial, a paciente foi encaminhada à unidade de terapia intensiva, onde evoluiu com atonia uterina, apesar de tratamento farmacológico, sendo encaminhada para histerectomia. Neste novo procedimento, a paciente evoluiu com coagulopatia intravascular disseminada, necessitando de transfusões múltiplas de concentrado de hemácias, plaquetas, plasma fresco e crioprecipitado. A ecocardiografia point-of-care demonstrou sobrecarga e redução da função sistólica de ventrículo direito. Após novo procedimento cirúrgico, foi encaminhada para realização de angiotomografia pulmonar, que afastou tromboembolismo pulmonar, restringindo a hipótese diagnóstica para ELA. Nos dias subsequentes, permaneceu com piora da coagulopatia e instabilidade hemodinâmica, evoluiu para insuficiência renal aguda com necessidade de diálise. Após este período agudo de 7 dias, apresentou melhora progressiva, com descalonamento de drogas vasoativas e extubação. Apresentou alta de terapia intensiva após 16 dias, em boas condições clínicas e sem sequelas neurológicas. **Discussão:** Este relato destaca a importância da suspeição e do cuidado anestésico para aprimorar os resultados maternos em casos semelhantes. A possibilidade de embolia do líquido amniótico deve ser considerada quando não há causa evidente para o estado de choque. Fatores de risco, como parto cesáreo e idade materna avançada, destacam a importância da vigilância durante o parto.

Palavras-chave: Embolia amniótica, anestesia, cuidados perioperatórios.

REFERÊNCIAS

1. McDonnell NJ, Knight M. Management of amniotic fluid embolism. *Obstet Med.* 2017;10(2):59-65. <http://doi.org/10.1177/1753495X17696031>.
2. Knight M, Berg C, Brocklehurst P, et al. Amniotic fluid embolism incidence, risk factors and outcomes: a review and recommendations. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2012;12(1):7. <http://doi.org/10.1186/1471-2393-12-7> PMID:22325370.

1695 CESARIANA EM PACIENTE COM NECRÓLISE EPIDÉRMICA TÓXICA- RELATO DE CASO.

TIAGO CANEU ROSSI, ANDRÉ AUGUSTO MAFRA MARQUES, BRUNA LAZZARETTO BOHNENKAMP, DANIEL COSME FERNANDES DE MELO, MILLER FAZOLI LAMBERT

SANTA CASA DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS, SÃO JOSÉ DOS CAMPOS, SP, BRASIL

Introdução: A Necrólise Epidérmica Tóxica (NET) é uma condição rara caracterizada por necrose de grande parte da superfície corporal, desencadeada por reações de hipersensibilidade a drogas, infecções virais e neoplasias. Os sinais iniciais incluem febre, mialgia e ceratoconjuntivite, evoluindo para lesões bolhosas e necrose da pele e mucosas. **Relato de caso:** Gestante de 20 anos, 30 semanas de gestação, com histórico de epilepsia em uso de lamotrigina, apresentou-se na emergência obstétrica com febre, ceratoconjuntivite e lesões eritematosas em mãos, pés, tronco e abdômen. Em 24 horas, suas lesões evoluíram para a formação de bolhas friáveis e confluentes, atingindo extensão de 45% da área corporal total, incluindo mucosas oral, vaginal e anal. Devido à piora clínica, foi encaminhada para a UTI, onde desenvolveu insuficiência respiratória ocasionada por sangramento e edema de cavidade oral e laringe, necessitando de intubação orotraqueal. O tratamento iniciou-se com suspensão da lamotrigina e pulsoterapia com metilprednisolona. Diante desse quadro, foi indicada a realização de cesariana de emergência, com anestesia geral inalatória com sevoflurano associado a fentanil 3 mcg/kg e rocurônio 0,6 mg/kg. Durante o procedimento cirúrgico, suas lesões bolhosas foram desprendidas durante a manipulação, deixando a pele exposta e exsudativa, o que contribuiu para dificuldade técnica do procedimento. Após a cesariana, a paciente foi encaminhada para centro de tratamento de queimados no mesmo hospital, onde permaneceu por 30 dias para cuidados multidisciplinares. Evoluiu com traqueostomia e pneumonia associada à ventilação mecânica. Apesar da gravidade, evoluiu com melhora clínica e teve alta hospitalar após 40 dias de internação. Uma biópsia posterior de pele confirmou a suspeita de NET. Presuntivamente, o caso foi associado ao uso recente de lamotrigina. Também se aventou a hipótese de o quadro ter sido desencadeado por vacinação recente contra COVID-19, tétano e gripe. **Discussão:** A anestesia em pacientes com NET é desafiadora por causa da instabilidade das mucosas, edema de vias aéreas e risco de insuficiência respiratória grave de difícil manejo, além do risco proporcionado das lesões cutâneas. Anestésias geral e regional podem ser utilizadas, a depender do acometimento respiratório e hemodinâmico, além da localização das lesões de pele. Em casos graves como o descrito, a equipe multidisciplinar especializada foi essencial para a recuperação pós-operatória da paciente.

Palavras-chave: Cesariana, anestesia, necrólise epidérmica tóxica.

REFERÊNCIAS

1. Palmieri TL, Greenhalgh DG, Saffle JR, et al. A multicenter review of toxic epidermal necrolysis treated in U.S. burn centers at the end of the twentieth century. *J Burn Care Rehabil.* 2002;23(2):87-96. <http://doi.org/10.1097/00004630-200203000-00004> PMID:11882797.
2. Lee HY, Lim YL, Thirumoorthy T, Pang SM, Goh BK. Toxic epidermal necrolysis in pregnancy. *J Dermatol.* 2006;33(5):350-4. <http://doi.org/10.1111/j.1346-8138.2006.00106.x>.
3. Harr T, French LE. Toxic epidermal necrolysis and Stevens-Johnson syndrome. *Orphanet J Rare Dis.* 2010;5(1):39. <http://doi.org/10.1186/1750-1172-5-39> PMID:21162721.

1700 ANESTESIA PARA BULECTOMIA CONGÊNITA MONOPULMONAR PEDIÁTRICA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: RELATO DE CASO

DANIELA GOMES DE SOUZA, FELIPE MEDEIROS ALMEIDA, FERNANDA CAVALCANTI CARNEIRO, LÚCIA LETÍCIA BEATO DE PINHO FREITAS, RAFAEL DE OLIVEIRA SARTINI

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

Introdução: Bolhas enfisematosas são alterações subpleurais ou intraparenquimatosas do espaço aéreo pulmonar, de diâmetro > 1 cm. O Enfisema Lobar Congênito (ELC) é uma malformação pulmonar rara cuja principal causa é deficiência no desenvolvimento das cartilagens brônquicas. Na maioria dos casos, é idiopático e o tratamento é cirúrgico. **Relato de caso:** Pré-escolar, 3 anos, 11,5 kg, com ELC à direita, HPP de IVAS de repetição desde início de 2023. Em junho de 2023, foi levada à emergência com diagnóstico de PNM e tratada com antibiótico oral. Em outubro de 2023, retornou com febre. Feito RX, imagem indicou PNM lobar e derrame pleural à direita e bolha gigante. Foi solicitado exame TC e parecer para CIPE. O diagnóstico foi confirmado, então foi feita drenagem de tórax em selo d'água com melhora parcial, sendo indicada a bulectomia posteriormente. Foi programada anestesia geral balanceada, com pré-anestésico sendo cetamina 0,5 mg/kg. Monitorização: BIS, oximetria, cardioscopia, capnografia e PAM. Indução: O₂ 100%, N₂O como segundo gás; sevoflurano até plano + fentanil 20 mcg + propofol 30 mg + rocurônio 15 mg. Intubação: TOT 4,5 com cuff via laringoscopia direta e uso de cateter de Fogarty para bloqueio pulmonar guiado por broncofibroscópio infantil. Proposta analgésica: peridural com agulha Tuohy 18G L1/L2 com dose única, ropivacaína 0,5% 10 ml. Adjuvantes: Precedex 10 mcg + MgSO₄ 350 mg. A extubação em sala ocorreu sem alterações. Encaminhada ao CTIP, apresentou queixa de dor em inserção de dreno de tórax, EVA modificado 3, alta em D30. **Discussão:** A ventilação e a perfusão (V/Q) estão otimizadas nas regiões dependentes do pulmão devido às forças gravitacionais. Entretanto, durante a cirurgia torácica, há vários fatores que impedem essa sincronia. A razão V/Q é ótima quando o paciente é colocado em decúbito lateral, no caso em DLE. Essa posição resulta em perfusão aumentada para o pulmão dependente "saudável" e perfusão reduzida no pulmão não dependente doente. O TOT é avançado ao brônquio fonte do pulmão a ser ventilado até que ruídos ventilatórios do lado a ser operado cessem, guiado por um fibroscópio infantil. O bloqueador brônquico com balão na ponta é o cateter de embolectomia de Fogarty, colocado dentro do tubo monolúmen, avançado e inflado sob visão direta para assegurar posição correta de selamento brônquico. Quanto à analgesia pós-operatória, a peridural em nível de L1/L2 se deve ao fato de não possuir cateter ideal para idade. Fez-se volume de 10 ml em punção única para atingir o dermatomo da incisão cirúrgica, sem complicações.

Palavras-chave: Ventilação monopulmonar, anestesia pediátrica.

REFERÊNCIAS

1. Bilaqui A. Aspectos clínicos e operatórios das bolhas pulmonares [tese]. São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; 1998.
2. Fabila TS, Menghraj SJ. One lung ventilation strategies for infants and children undergoing video assisted thoracoscopic surgery. Indian J Anaesth. 2013;57(4):339-44. <http://doi.org/10.4103/0019-5049.118539> PMID:24163446.

1701 BLOQUEIO DA FÁSCIA TIREOIDIANA PARA ANALGESIA PÓS-OPERATÓRIA EM TIREOIDECTOMIAS – RELATO DE CASO

TIAGO CANEU ROSSI, BRUNA LAZZARETTO BOHNENKAMP, BRUNNA NAMETALA FINAMORE RAPOSO, DANIEL COSME FERNANDES DE MELO, MILLER FAZOLI LAMBERT

SANTA CASA DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS, SÃO JOSÉ DOS CAMPOS, SP, BRASIL

Introdução: A tireoidectomia é um procedimento realizado de forma rotineira por cirurgiões de cabeça e pescoço em todo o mundo. A dor pós-operatória nesses pacientes é frequente e classificada como de intensidade moderada, sendo necessário resgate com opioides em até 90% dos casos. O bloqueio do plexo cervical é o mais citado na literatura, entretanto sua eficácia é variável nessas cirurgias. Deste modo, é proposta a infiltração da fásia tireoidiana guiada por ultrassonografia para analgesia perioperatória.

Relato de caso: Paciente feminina, 57 anos, 70 kg, 160 cm e portadora de hipertensão arterial sistêmica, foi programada para tireoidectomia total por carcinoma folicular de tireoide. Após monitorização padrão, foi realizada anestesia geral com propofol (140 mg), remifentanil (70 ug) e succinilcolina (70 mg). A manutenção se deu com anestesia venosa total em modelos alvo-controlados *Fast Marsh/Minto*. Após intubação orotraqueal, foi realizado o bloqueio da fásia tireoidiana com 15 ml de ropivacaína 0,75%, com auxílio de ultrassonografia. Neste bloqueio, o anestésico local foi administrado na região central da tireoide entre o tecido tireoidiano e a cápsula cervical intermediária, com dispersão bilateral do anestésico. Ao final do procedimento, foi administrada dexametasona (10 mg), cetoprofeno (100 mg), dipirona (2 g) e ondansetrona (8 mg). A dor pós-operatória foi avaliada usando a escala visual numérica (EVN) em 15 minutos, 30 minutos, 4, 8, 12 após o fim do procedimento. A paciente apresentou em todas as avaliações escores menores ou iguais a 3 na EVN, não necessitando de resgates analgésicos com opioides em sala de recuperação pós-anestésica e, posteriormente, em unidade de internação. Também não foram observados rouquidão, sangramento ou outras complicações do procedimento. **Discussão:** A dor em tireoidectomias é de origem multifatorial, tendo contribuição da laringoscopia e posicionamento cirúrgico. Entretanto, sendo o componente somático da pele e estruturas adjacentes à glândula o principal contribuinte para o desconforto no pós-operatório imediato, o bloqueio da fásia tireoidiana, guiado por ultrassonografia, representa uma promissora abordagem para analgesia perioperatória. Este relato demonstra sua viabilidade e aponta a direção para realização de ensaios clínicos controlados para avaliar sua segurança e efetividade em comparação com placebo e estratégia farmacológica convencional.

Palavras-chave: Tireoidectomia total, analgesia pós-operatória, bloqueio da fásia tireoidiana.

REFERÊNCIAS

1. Andrieu G, Amrouni H, Robin E, et al. Analgesic efficacy of bilateral superficial cervical plexus block administered before thyroid surgery under general anaesthesia. *Br J Anaesth.* 2007;99(4):561-6. <http://doi.org/10.1093/bja/aem230> PMID:17681971.
2. Su Y, Zhang Z, Zhang Q, Zhang Y, Liu Z. Analgesic efficacy of bilateral superficial and deep cervical plexus block in patients with secondary hyperparathyroidism due to chronic renal failure. *Ann Surg Treat Res.* 2015;89(6):325-9. <http://doi.org/10.4174/astr.2015.89.6.325> PMID:26665128.
3. Wang Q, Li Z, Xu S, et al. Feasibility of ultrasound-guided capsule-sheath space block combined with anterior cervical cutaneous nerves block for thyroidectomy: an observational pilot study. *BMC Anesthesiol.* 2015;15(1):4. <http://doi.org/10.1186/1471-2253-15-4> PMID:25670918.

1702 MANEJO ANESTÉSICO DA REVASCULARIZAÇÃO CEREBRAL EM CRIANÇA COM DOENÇA DE MOYAMOYA E ANEMIA FALCIFORME: RELATO DE CASO

BEATRIZ LOPES DA SILVA BADARO, ARTUR SOMBRA BATISTA, EMÍLIO CARLOS DEL MASSA, GEÓRGIA BARROSO MARQUES, GILMAR PEREIRA COAN

HOSPITAL SANTA MARCELINA, SÃO PAULO, SP, BRASIL

Introdução: A doença de Moyamoya (DMM) é uma rara cerebrovasculopatia crônica e progressiva, em que ocorre estenose das porções terminais na artéria carótida interna e nas porções proximais da artéria cerebral anterior e cerebral média. A sintomatologia inclui acidente vascular cerebral (AVC) isquêmico e hemorrágico, convulsões, cefaleia, hemiparesia e deterioração do estado neurológico. O diagnóstico por angiografia mostra redução de fluxo nas artérias acometidas e circulação colateral basilar. O tratamento clínico consiste no uso de AAS e vasodilatadores, e o tratamento cirúrgico é revascularização por bypass direto ou indireto. **Relato de caso:** Paciente masculino, 8 anos, 22 kg, nasceu prematuro com 31 semanas, portador de anemia falciforme, DMM e hemossiderose. Histórico de três episódios de AVCi, recebia transfusão de sangue a cada quatro semanas, Hb basal de 8,5 g/dL, em uso de deferasirox 500 mg e AAS 100 mg. Foi feita a programação de revascularização céfálica indireta. Na internação, paciente referiu hemiparesia esquerda grau 4. Após admissão em sala cirúrgica e monitorização, recebeu indução inalatória com sevoflurano 5%, venóclise periférica com 18G, seguida de indução venosa com fentanil 50 mcg, cetamina 5 mg, propofol 100 mg e cisatracúrio 2 mg. Após indução, recebeu *scalp block* bilateral com 10 ml de levobupivacaína 0,25%, com punção de artéria radial para pressão arterial invasiva e gasometrias arteriais, intubação com tubo 5,5 aramado com cuff, termômetro esofágico e sondagem vesical. A manutenção foi feita com propofol 10 mg/kg/h, remifentanil 0,1 mcg/kg/min, dexmedetomidina 0,2 mcg/kg/h, cisatracúrio 0,1 mg/kg a cada 1 hora, infusão de 1.000 ml de cristalóide, diurese 1.700 ml. Foi feita a transfusão de 700 ml de concentrado de hemácias por causa de Hb 6,5 g/dL em primeira hora cirúrgica, 250 ml de plasma fresco por recomendação da hematologia em razão de coagulograma alargado previamente. A duração anestésica foi de 8 horas e 45 minutos, e o paciente manteve PA média (PAM) controlada e acima de 70 mmHg sem necessidade de drogas vasoativas. Após aspiração de orofaringe, a extubação se deu em plano anestésico, com despertar tranquilo. Foi encaminhado à UTI com PAM 70, FC 75, SatO₂ 97%. **Discussão:** A recorrência dos AVCi justifica a necessidade de intervenção cirúrgica. O manejo anestésico de pacientes com essa patologia deve afastar toda possibilidade de isquemia cerebral. Portanto, é necessário manter o fluxo e a oxigenação cerebral por meio da normocapnia, normotermia e analgesia adequadas para evitar espasmos cerebrais. É importante evitar hipovolemia e hipotensão, que podem gerar isquemia.

Palavras-chave: Neuroanestesia pediátrica, cerebrovascular, doença de Moyamoya.

REFERÊNCIAS

1. Parray T, Martin TW, Siddiqui S. Moyamoya disease: a review of the disease and anesthetic management. *J Neurosurg Anesthesiol.* 2011;23(2):100-9. <http://doi.org/10.1097/ANA.0b013e3181f84fac> PMID:20924291.
2. Hobaika ABS, Teixeira VC, Cruvinel MGC, Ulhoa AC. Anestesia em paciente portadora de doença de moyamoya: relato de caso. *Rev Bras Anesthesiol.* 2005;55(3):350-3. <http://doi.org/10.1590/S0034-70942005000300012> PMID:19471840.

1703 INTUBAÇÃO ACORDADA EM PACIENTE COM ESPONDILITE ANQUILOSANTE AVANÇADA UM RELATO DE CASO

GABRIELA NOEL DELMONTE, GERALDO AUGUSTO DE MELLO SILVA, GUSTAVO PERISE MOREIRA VERAS, MELLISSA ALEIXO MACHADO, NATHALIA RODRIGUES LEÃO PINA

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

Introdução: A intubação acordada é indicada em casos em que há presença de fatores que predisõem a uma intubação difícil, tais como limitação em abertura da boca, obesidade, apneia do sono, assim como alterações anatômicas de face e pescoço, principalmente a extensão limitada do pescoço. Por sua vez, a espondilite anquilosante, uma espondiloartropatia autoimune, é uma doença inflamatória que acomete as grandes articulações na coluna vertebral e cursa com rigidez até anquilose, tendo seu início com comprometimento das articulações sacroilíacas, sendo, assim, um fator de risco importante para uma possível via aérea difícil. **Relato de caso:** Paciente feminino, 50 anos, 75 kg, 1,54 m, HAS + hipotireoidismo + espondilite anquilosante, em uso de Etanercepte 1 amp SC a cada sete dias (cirurgia recomendada para duas semanas após a última dose). Apresentava história anestésica pregressa de três cesáreas e uma mamoplastia redutora com relato de VAD (via aérea difícil) pela equipe anestésica. Foi indicada histerectomia total laparoscópica por leiomioma uterino. Durante a avaliação pré-anestésica, a paciente apresentava Mallampati classe IV e boa abertura de boca (> 3 cm), porém restrição cervical severa por conta de anquiloses interpofisárias cervicais (C2 a C5) e sacroilíacas avançadas, que foram primordiais durante o planejamento anestésico para a decisão de uma IOT com a paciente acordada. Foi realizada, como pré-anestésico, dexmedetomidina 75 mcg intravenosa (IV). Em sala, priorizou-se o posicionamento da paciente, recorrendo ao coxim interescapular; em seguida, monitorização com cardioscópio, SpO2 de pulso, PNI e capnografia. Foi realizado midazolam 2 mg IV, seguido por pré-oxigenação com O2 a 100% e iniciado remifentanil em bomba infusora. Optou-se por realizar anestesia tópica dos pilares amigdalianos e periglótica com ropivacaína 0,5% + lidocaína 1%, sob auxílio de videolaringoscópio, seguida por IOT com a paciente acordada, também sob videolaringoscopia, com passagem de bougie, e depois por tubo de 7 mm com cuff, sem intercorrências, com a devida contribuição da paciente durante todo o procedimento de intubação. **Discussão:** A escolha da intubação acordada para essa VAD, com auxílio do videolaringoscópio e bougie, foi a mais segura possível no momento, levando em consideração a limitação cervical severa apresentada pela paciente. A broncofibroscopia pode ser necessária em alguns casos, sendo ainda o método padrão-ouro.

Palavras-chave: Manejo de via aérea, espondilite anquilosante, intubação.

REFERÊNCIAS

1. 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*. 2003;98(5):1269-77. PMID:12717151.
2. Sampaio TO, Silva JM Jr. Via aérea difícil: abordagem pela técnica de intubação acordada. *Rev Cient Iamspe*. 2023;12(4):58-66.
3. Ferreira ALM, Alvarenga CQM, Barcelos GF, Polito ETL. Espondilite Anquilosante. *Rev Bras Reumatol*. 2008;48(4):243-7. <http://doi.org/10.1590/S0482-50042008000400008>.

1711 ANESTESIA LIVRE DE OPIOIDES PARA COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA EM PACIENTE COM DISTROFIA MIOTÔNICA RELATO DE CASO

GABRIELA DA SILVA MACHADO, ANASTÁCIO DE JESUS PEREIRA, CELSO EDUARDO REZENDE BORGES, JOÃO PAULO JORDÃO PONTES, RODRIGO RODRIGUES ALVES

CET INTEGRADO DE UBERLÂNDIA – MG - HOSPITAL SEDE: HOSP.STA.GENOVEVA DE UBERLÂNDIA – MG, UBERLÂNDIA, MG, BRASIL

Introdução: Distrofia miotônica (DM), ou Síndrome de Steinert, é uma doença genética, multissistêmica, que leva à contração prolongada da musculatura esquelética diante de determinados estímulos. Os pacientes apresentam maior sensibilidade às drogas anestésicas e complicações, notadamente cardíacas e pulmonares. Logo, o manejo anestésico é um desafio. **Relato de caso:** Paciente feminina, 38 anos, 59 kg, P2, com apneia obstrutiva do sono e DM, encaminhada para colecistectomia videolaparoscópica. Após monitorização com cardioscopia, pressão não invasiva, oximetria de pulso, monitor de profundidade anestésica e monitorização de bloqueio neuromuscular, foram feitos 2 mg de midazolam e 20 mg de propofol para instalação de cateter peridural T10-T11. Foi feita intubação orotraqueal por videolaringoscopia, indução realizada com propofol em infusão alvo-controlada, e a paciente foi mantida em 3 mcg/ml durante a cirurgia, cetamina 12 mg e rocurônio 35 mg. Após indução anestésica e estabilização hemodinâmica, foram aplicados 10 ml de levobupivacaína 0,25% em cateter peridural. Durante o intraoperatório, ocorreu profilaxia da hipotermia por meio de aquecimento ativo com ar forçado. Depois do início de procedimento cirúrgico, a paciente apresentou quadro de taquicardia ventricular após eletrocautério, prontamente revertido com lidocaína 1 mg/kg. Ao final, a paciente apresentava TOF 0 e CPT 3, revertido com sugamadex 4 mg/kg. A paciente recebeu alta da SRPA após nova dose de 10 ml de levobupivacaína 0,25% peridural e 2 mg de morfina IV e não apresentou mais queixas ou intercorrências. **Discussão:** Nos pacientes com DM, deve-se evitar alguns estímulos que podem precipitar a crise miotônica, como hipotermia, tremores e estimulação mecânica ou elétrica. Pacientes com DM apresentam alta sensibilidade aos anestésicos voláteis e relaxantes musculares (despolarizantes e não despolarizantes). Os opioides podem induzir rigidez muscular na DM e causar depressão respiratória. Portanto, recomenda-se a omissão de opioides, e são indicadas técnicas regionais para o controle de dor. A fraqueza muscular respiratória predispõe os pacientes com DM à doença pulmonar restritiva, aspiração e tosse ineficaz. Dessa forma, em cirurgias em que os bloqueadores neuromusculares se fazem necessários, a monitorização do seu efeito é fundamental, assim como adequada reversão, preferencialmente com sugamadex. A hipotermia deve ser prevenida, e os tremores, tratados agressivamente. Distúrbios na condução cardíaca e disritmias devem ser prontamente tratados.

Palavras-chave: Distrofia miotônica.

REFERÊNCIAS

1. Gaszynski T. Opioid-free general anesthesia in patient with Steinert syndrome (myotonic dystrophy): case report. *Medicine (Baltimore)*. 2016;95(37):e4885. <http://doi.org/10.1097/MD.0000000000004885> PMID:27631259.

1726 MANUSEIO DA VIA AÉREA EM PACIENTE SUPEROBESO NA URGÊNCIA RELATO DE CASO

CAROLINA BAHIA DAHIA, FREDERICO BIRCHALL BICUDO, PAULA DIAS GONCALVES, PEDRO ADAS PETTERSEN, VERA LUCIA ADAS PETTERSEN

HOSPITAL DAS CLINICAS DE TERESÓPOLIS COSTANTINO OCTAVIANO - HCTCO - UNIFESO, TERESÓPOLIS, RJ, BRASIL

Introdução: A obesidade está entre as principais doenças da atualidade, sendo classificada pelo índice de massa corporal (IMC). As graves repercussões nos sistemas cardiovascular e respiratório constituem um desafio para os anesthesiologistas. A alta prevalência da síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS), juntamente com a deposição de gordura ao redor da face, pescoço, faringe e língua, está associada à dificuldade na ventilação sob máscara e à intubação endotraqueal. Desse modo, nas emergências, há grande risco de vida quando envolve, além da ventilação e intubação, o estômago cheio. **Relato de caso:** Paciente masculino, 52 anos, obeso mórbido, IMC 60 kg/m², com abdome agudo, admitido no Hospital das Clínicas de Teresópolis Costantino Ottaviano (HCTCO), instável hemodinamicamente e com importantes alterações na dinâmica respiratória. Era portador de SAOS e hipertensão arterial. Ao exame físico, apresentou FR = 35 irpm, FC = 120 bpm, SpO₂ 88% e O₂ 15 L/min e pressão arterial não determinada no esfigmomanômetro. Na SO, foi realizada rotina de monitorização invasiva, revelando choque PA 80x55 mmHg. O tratamento proposto foi a laparotomia por videolaparoscopia para a investigação de uma provável colecistite aguda enfisematosa. O paciente apresentava preditores de via aérea difícil, como circunferência do pescoço em 58 cm, SAOS, Mallampati IV. Foi posicionado em rampa, pré-oxigenado durante 10 min e recebeu indução anestésica sob oxigenação apneica por cateter nasal 15 L/min em sequência rápida. Foram administrados cetamina 100 mg, fentanil 100 mcg e rocuroônio 150 mg, além do uso do videolaringoscópio com auxílio do bougie para intubação orotraqueal. Confirmada intubação por capnografia, o paciente apresentou hipoxemia e dificuldade ventilatória na tentativa de manter uma ventilação protetora, com pressões de pico acima de 33 cmH₂O e pressão de platô acima de 25 cmH₂O. **Discussão:** O caso ilustra a complexidade do manejo anestésico do paciente mórbido cursando com instabilidade hemodinâmica. O uso de ferramentas como o posicionamento em rampa, a pré-oxigenação, a oxigenação apneica, a videolaringoscopia e o bougie, associadas à monitorização invasiva, é importante para a viabilidade da abordagem cirúrgica. Protocolos e abordagens direcionadas específicas ou individualizadas devem ser utilizados nos obesos mórbidos, visando à segurança do paciente.

Palavras-chave: Obeso mórbido, via aérea, urgência.

REFERÊNCIAS

1. Hardt K, Wappler F. Anesthesia for morbidly obese patients. Dtsch Arztebl Int. 2023;120(46):779-85. <http://dx.doi.org/10.3238/arztebl.m2023.0216>. PMID:37874129.

1727 REAÇÃO ALÉRGICA AO AZUL DE METILENO EM MAMOPLASTIA REDUTORA: RELATO DE CASO

MIKE CAVALCANTE BARBOSA, GRACIELE DE CARO REIS MACHADO, LÚCIA LETÍCIA BEATO DE PINHO FREITAS, RAFAEL DE OLIVEIRA SARTINI, YURI RAIMUNDO ARAUJO

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

Introdução: O azul de metileno é um corante frequentemente utilizado em procedimentos cirúrgicos, como na identificação de vasos linfáticos em cirurgias de mama. No entanto, ele pode desencadear reações alérgicas em algumas pessoas. **Relato de caso:** O presente trabalho relata um caso de uma paciente, sexo feminino, 21 anos, 70 kg, 165 cm, sem comorbidades prévias, submetida à cirurgia de redução de mamas pela técnica de Pitanguy. Relato prévio de amigdalectomia, sem intercorrência. Na visita pré-anestésica, referiu investigação com imunologia por causa de urticária deflagrada por corante alimentar, porém negou alergia a antibióticos, analgésicos e demais medicamentos. A técnica anestésica utilizada foi a anestesia geral balanceada, em circuito circular semifechado com absorvedor de CO₂. Após o início da cirurgia e injeção do corante, apresentou hipotensão arterial (75x40 mmHg), que foi corrigida inicialmente por 1 mg de etilefrina endovenosa, redução da fração inspirada do anestésico inalatório e aumento da hidratação venosa. Durante o procedimento, manteve-se estável, apresentando, ao fim, na sala de recuperação pós-anestésica, angioedema, com preservação do trato respiratório e placas urticariformes na região do tronco. Foi realizado tratamento imediato com corticoide sistêmico, adrenalina e anti-histamínico. Após 2h, houve redução considerável do angioedema e melhora do estado geral da paciente. Manteve-se sob vigilância clínica por mais dois dias, com corticoide sistêmico regular, apresentando total recuperação dos sinais e sintomas iniciais, sendo, então, encaminhada ao serviço de imunologia com relato cirúrgico e anestésico para melhor elucidação do caso. **Discussão:** Este caso destaca a importância da identificação precoce e do tratamento adequado das reações alérgicas, identificando o fator deflagrador, neste caso o azul de metileno, especialmente em cirurgias em que seu uso é comum, como em cirurgias plásticas e ginecológicas das mamas, nas quais marcações com esses agentes são bastante frequentes.

Palavras-chave: Reação alérgica, azul de metileno, angioedema.

REFERÊNCIAS

1. Del Massa EC, Grion LFC, Ghaname NS. Reação alérgica ao azul patente. 2005;123(Sup):53.
2. Maranhão MVM, Nóbrega DKA, Anunciação CEC, Maia BAB, Mariano PVD. Allergic reaction to patent blue dye in breast surgery - case report. Braz J Anesthesiol. 2016;66(4):433-6. <http://doi.org/10.1016/j.bjane.2014.02.018> PMID:27343798.

1729 ANESTESIA PERIDURAL PARA CESARIANA EM PACIENTE COM SÍNDROME DE MARFAN: UM RELATO DE CASO

CLARA DE OLIVEIRA MENON, BRUNO VÍTOR MARTINS SANTIAGO, JULIA TRISTAO DE REZENDE, LUMA AMORIM CARLOS, MARCO AURELIO DAMASCENO SILVA

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

Introdução: A Síndrome de Marfan é uma doença multissistêmica autossômica dominante rara do tecido conjuntivo, que atinge, principalmente, os sistemas cardiovascular, esquelético e ocular. A dilatação da raiz da aorta atinge 80% dos doentes. A gravidez é um período de alto risco de complicações cardiovasculares para pacientes com a síndrome, pois as alterações hemodinâmicas podem gerar enfraquecimento da parede da aorta e risco de ruptura. **Relato de caso:** Paciente feminina de 28 anos, portadora de Síndrome de Marfan, foi submetida à cesariana eletiva com 38 semanas de gestação por alto risco materno em razão de ectasia de aorta. O ecocardiograma transtorácico mostrou aumento discreto do diâmetro da raiz da aorta de 29 mm (VR = 19 a 27 mm), prolapso da válvula mitral e regurgitação aórtica. Exame da via aérea indicou Mallampati III e retrognatismo. Optou-se por anestesia peridural e passagem de cateter. Foi realizada punção em L3-L4 com agulha de Tuohy 16G, identificado espaço peridural por meio da técnica de Dogliotti, passado cateter cefálico e feitos 15 ml de lidocaína 2%, 10 ml de ropivacaína 0,75% e 100 mcg de fentanil pelo cateter, conseguindo-se bloqueio sensitivo efetivo em nível de T4. O procedimento ocorreu sem intercorrências. **Discussão:** Em pacientes com Síndrome de Marfan, o bloqueio peridural é preferível do que a anestesia geral, pois, além de promover alterações hemodinâmicas mínimas por instalação gradual do bloqueio, evita o aumento do trabalho cardíaco causado pela intubação e despertar da anestesia geral. Ademais, gestantes têm maior risco de broncoaspiração e via aérea difícil, por isso há preferência pela anestesia regional. No que tange à escolha entre anestesia peridural e raquianestesia, leva-se em consideração a alta prevalência de ectasia dural em pacientes com Marfan. A ectasia pode atingir de 63 a 92% e gera uma elevada taxa de falha da raquianestesia, podendo chegar a 50%. O bloqueio subaracnóideo, além de produzir alterações hemodinâmicas mais deletérias que o bloqueio peridural por instalação mais rápida do bloqueio simpático, pode falhar por causa do aumento do volume de liquor e distribuição cefálica incompleta do anestésico local. A Síndrome de Marfan é uma doença rara com implicações cardiovasculares e esqueléticas que constituem um desafio anestésico. No caso foi feita anestesia peridural, pois promove alterações hemodinâmicas mínimas, bom controle de dor pós-operatório, menor taxa de falha do que a raquianestesia e maior segurança do que a anestesia geral.

Palavras-chave: Síndrome de Marfan, anestesia peridural, cesariana.

REFERÊNCIAS

1. Coelho SG, Almeida AG. Marfan syndrome revisited: from genetics to the clinic. Rev Port Cardiol. 2020;39(4):215-26. <http://doi.org/10.1016/j.jepc.2019.09.008> PMID:32439107.
2. Kim G, Ko JS, Choi DH. Epidural anesthesia for cesarean section in a patient with Marfan syndrome and dural ectasia - a case report. Korean J Anesthesiol. 2011;60(3):214-6. <http://doi.org/10.4097/kjae.2011.60.3.214> PMID:21490825.

1731 EDEMA PULMONAR POR PRESSÃO NEGATIVA NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO: UM RELATO DE CASO

EVILYN MAYARA DE ANDRADE OLIVEIRA FEITOSAS, LUCAS IANNUZZI MARTINS, RAFAELA BRASIL E SILVA NUNES, RENATO PIRES DO NASCIMENTO, WAGNER DE PAULA ROGERIO

CET INTEG.DO INST.DE ANESTESIOLOGIA DO AM - FUNDAÇÃO HOSPITAL ADRIANO JORGE, MANAUS, AM, BRASIL

Introdução: O edema pulmonar por pressão negativa (NPPE) é uma complicação rara pós-anestesia geral, afetando cerca de 0,05 a 0,1% dos casos. Surge por causa de obstrução das vias aéreas superiores, criando pressões intratorácicas excessivamente negativas, resultando em danos à membrana alveolocapilar e transudação de fluido para o interstício pulmonar. Sua natureza incomum leva frequentemente a subdiagnóstico, e há escassez de relatos abrangentes sobre o tema. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 65 anos, com diabetes mellitus e nódulo tireoidiano, submetida à tireoidectomia total sob anestesia geral balanceada. Durante a extubação, desenvolveu dispneia, estridor inspiratório e esforço respiratório progressivo. Apesar de ventilação com pressão positiva, persistiu o desconforto respiratório. Após aspiração de vias aéreas e nova intubação, foi observada expectoração rosácea e estridor apical. A administração de furosemida e hidrocortisona não resolveu o quadro. Considerada paralisia de cordas vocais/lesão de nervo laríngeo recorrente, optou-se pela traqueostomia. Após o procedimento, a paciente apresentou melhora, sendo transferida para a UTI e, posteriormente, para a enfermaria, sem complicações adicionais. **Discussão:** O edema pulmonar por pressão negativa é mais comum em pacientes jovens e saudáveis. Pode ser classificado em tipo I, relacionado a obstruções agudas das vias aéreas, e tipo II, ligado ao tratamento de obstruções crônicas. A fisiopatologia envolve aumento da pressão intratorácica, resultando em transudação de líquido para o espaço intersticial e ruptura de capilares. Os sintomas incluem estridor inspiratório, taquipneia e hipóxia. O diagnóstico diferencial inclui broncoaspiração, insuficiência cardíaca, sobrecarga hídrica e anafilaxia. O manejo consiste, principalmente, em suporte ventilatório, com possível necessidade de reintubação. Restrição hídrica e diuréticos são controversos, enquanto o uso de corticoides não parece ser eficaz. O diagnóstico precoce e o tratamento adequado são essenciais para prevenir complicações. **Conclusão:** O diagnóstico e o manejo do edema pulmonar por pressão negativa requerem vigilância constante. O tratamento envolve suporte ventilatório, com opções como ventilação não invasiva ou intubação, dependendo da condição do paciente. As avaliações clínica e radiográfica são fundamentais para o diagnóstico. Estratégias terapêuticas adequadas podem melhorar os desfechos clínicos e a sobrevida dos pacientes.

Palavras-chave: Dispneia, edema pulmonar, obstrução de via respiratória.

REFERÊNCIAS

1. Albergaria VF, Soares CM, Araújo RM, Mendonça WL. Negative-pressure pulmonary edema after transsphenoidal hypophysectomy. Case report. Braz J Anesthesiol. 2008;58(4):391-6. <http://doi.org/10.1590/S0034-70942008000400009> PMID:19378588.
2. Barbosa FT, Barbosa LT, Almeida JH, Silva KLG, Brandão RRM, Santos LL. Negative pressure pulmonary edema after tracheal extubation: case report. Rev Bras Ter Intensiva. 2007;19(1):123-7. <http://doi.org/10.1590/S0103-507X2007000100017> PMID:25310670.
3. Bhattacharya M, Kallet RH, Ware LB, Matthay MA. Negative-pressure pulmonary edema. Chest. 2016;150(4):927-33. <http://doi.org/10.1016/j.chest.2016.03.043> PMID:27063348.

1732 ANESTESIA PARA CIRURGIA NÃO CARDÍACA EM PACIENTE TRANSPLANTADA CARDÍACA: RELATO DE CASO.

THATIANE NOEL, ANDRÉA JORGE E SILVA, EDUARDO LINS MONTEIRO, MARCO ANTÔNIO CARDOSO DE RESENDE

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

Introdução: Pacientes transplantados cardíacos submetidos a cirurgias não cardíacas impõem grandes desafios ao anestesista. Torna-se primordial o conhecimento das alterações da fisiologia autonômica do coração, sua resposta às medicações inotrópicas e os efeitos adversos da terapia com imunossupressores. Relata-se aqui o caso de uma paciente transplantada do coração submetida à histerectomia sob anestesia geral. **Relato de caso:** Paciente feminina, 50 anos, HAS, DM, hipotireóideia e transtorno bipolar, submetida a transplante cardíaco por ICC com dependência de inotrópico, cardiomiopatia dilatada não isquêmica. Após um ano, evoluiu com sangramento uterino anormal e anemia, indicada histerectomia. Fazia uso regular de levotiroxina, pantoprazol, cloridrato de diltiazem, metformina, venlafaxina, carvedilol, sertralina, valsartana, dienogeste, atorvastatina, quetiapina, ciclosporina e micofenolato. Exames demonstraram baixos níveis de BNP (202 pg/ml). ECG: ritmo sinusal, eixo - 60°, padrão de bloqueio de ramo direito, intervalo QTC prolongado. EcoTT: cavidades com diâmetros normais, função ventricular preservada. Boa capacidade funcional (MET 5,72 pelo escore de Lee). ASA III. A técnica anestésica de escolha foi a anestesia geral balanceada associada ao bloqueio do quadrado lombar. A monitorização foi feita com cardioscópio, SpO₂, PAI e monitor hemodinâmico invasivo. Apresentou AVP 20G em MSE e 18G em MSD. Foram administrados midazolam, dexametasona e ondansetrona. Após pré-oxigenação, foi feita a anestesia geral com fentanil, etomidato e rocurônio. Foi intubada com tubo 7,0 e adaptada à VM, com analisador de gases e vaporizador calibrado de sevoflurano. Ao término da cirurgia, foi realizado bloqueio do quadrado lombar bilateral guiado por ultrassom com ropivacaína 0,5%. Extubada após a administração de sugamadex e flumazenil, foi transferida para UTI onde recebeu alta dois dias depois. **Discussão:** O transplante cardíaco envolve secção do plexo cardíaco, gerando um órgão denervado. Esse órgão não apresenta resposta fisiológica aguda à hipovolemia ou hipotensão, e o aumento do débito cardíaco é dependente de pré-carga adequada. Drogas com ação indireta via bloqueio colinérgico (atropina) não alteram a FC, e a responsividade a catecolaminas é lenta (5 a 6 minutos). O uso de imunossupressores aumenta o risco de infecção. Nesse cenário, é importante o preparo da equipe para a melhor escolha da estratégia anestésica e antever possíveis complicações diante de uma fisiologia cardíaca alterada.

Palavras-chave: Anestesia, transplante do coração, cirurgia não cardíaca.

REFERÊNCIAS

1. Navas-Blanco JR, Modak RK. Perioperative care of heart transplant recipients undergoing non-cardiac surgery. *Ann Card Anaesth.* 2021;24(2):140-8. http://doi.org/10.4103/aca.ACA_130_19 PMID:33884968.
2. Jurgens PT, Aquilante CL, Page RL 2nd, Ambardekar AV. Perioperative management of cardiac transplant recipients undergoing noncardiac surgery: unique challenges created by advancements in care. *Semin Cardiothorac Vasc Anesth.* 2017;21(3):235-44. <http://doi.org/10.1177/1089253217706164> PMID:28466755.
3. Choudhury M. Post-cardiac transplant recipient: implications for anaesthesia. *Indian J Anaesth.* 2017;61(9):768-74. http://doi.org/10.4103/ija.IJA_390_17 PMID:28970636.

1734 CHOQUE ANAFILÁTICO ASSOCIADO A INFUSÃO DE ONDANSETRONA EM PACIENTE SUBMETIDO A TIMPANOMASTOIDECTOMIA. RELATO DE CASO.

LIZANDRA SOARES DE ASSIS, DIEGO DE CARVALHO NOLASCO, RONALDO ANTONIO DA SILVA

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

Introdução: Anafilaxia é uma complicação rara, que ocorre em 1 entre 10.000-20.000 anestésias, sendo definida como uma reação de hipersensibilidade intensa, de início súbito e diversas formas de apresentação clínica, tornando difícil seu reconhecimento e atrasando o manejo inicial adequado imprescindível nessa situação potencialmente fatal. **Relato de caso:** Paciente 38 anos, sexo masculino, ASA 1, sem relato de alergias prévias, compareceu para a realização de timpanomastoidectomia fechada. A indução anestésica foi realizada sem intercorrências, e o paciente permaneceu estável durante todo o procedimento, que teve duração aproximada de 3 horas. Ao término do procedimento, foi iniciada infusão de 8 mg de ondansetrona e 2 g dipirona em 250 ml de soro fisiológico 0,9%. Cerca de 10 minutos após o início da infusão, o paciente apresentou choque anafilático grau 3 com os seguintes sinais/sintomas: colapso circulatório, taquicardia sustentada (FC > 120 bpm), queda abrupta da pressão arterial com valores de PAM < 40 mmHg e fraca resposta a metaraminol. Foi então interrompida a infusão dos agentes e realizada a expansão volêmica e bolus endovenosos de 50-100 mcg de adrenalina. O paciente evoluiu com refratariedade a novas doses, passando a apresentar exantema migratório, angioedema e supressão na monitorização cerebral com CONOX. Optou-se por instalação de BIC de adrenalina com posterior estabilização hemodinâmica, recuperação da atividade cerebral e encaminhamento para CTI ainda em VM e uso de adrenalina 0,2 mcg/kg/min e vasopressina 0,01 U/min. Houve reversão dos sinais mucocutâneos nas horas seguintes, desmame da adrenalina e extubação em 24 horas. O paciente relatou já ter feito uso de dipirona outras vezes sem complicações e de ondansetrona uma única vez em procedimento de uvulopalatofaringoplastia realizado cinco meses antes. Após encaminhado ao setor de imunologia do serviço, foi então diagnosticada hipersensibilidade à ondansetrona. **Discussão:** As reações anafiláticas, em sua maioria, são IgE mediadas e possuem diagnóstico essencialmente clínico, podendo não ocorrer após a primeira exposição ao antígeno, quando ocorre a sensibilização. Sendo assim, mesmo em pacientes sem histórico de alergia e uso prévio das drogas, a suspeição deve ser sempre alta, priorizando o tratamento precoce com suspensão do agente causador, expansão volêmica, suporte hemodinâmico e proteção de vias aéreas, diminuindo então a letalidade da condição que é maior nos primeiros minutos se não prontamente manejada.

Palavras-chave: Anafilaxia, ondansetrona.

REFERÊNCIAS

1. César RP, Pereira THG, Quintão VC, et al. Anafilaxia e anestesiologia – uma abordagem prática. Rev Med Minas Gerais. 2017;27(Supl 4):S4-8.
2. Berrío Valencia MI. Perioperative anaphylaxis. Braz J Anesthesiol. 2015;65(4):292-7. PMID:25935855.

1735 ESP BLOCK EM NEUROBLASTOMA CÉRVICO-TORÁCICO EM CRIANÇA: UM RELATO DE CASO

JOSÉ VINÍCIUS SILVA BEZERRA, LAURA BEATRIZ DE MESQUITA GOUVEIA, RAYANNE MAYARA SILVA DE OLIVEIRA VALGUEIRO DE ANDRADE, ROQUE RICARDO RODRIGUES SORIANO

CET HOSP.UNIV.PROF.ALBERTO ANTUNES - HOSPITAL SEDE: HOSP.UNIV.PROF.ALBERTO ANTUNES, MACEIÓ, AL, BRASIL

Introdução: O neuroblastoma (NB), com incidência na população pediátrica de 5 a 8%, é um tumor maligno com desenvolvimento embrionário por meio de fibras nervosas pós-ganglionares, podendo estar associado à liberação endógena de catecolaminas. O relato trata de uma criança com diagnóstico de neuroblastoma, submetida ao manejo cirúrgico para ressecção tumoral sob anestesia geral e técnica de bloqueio do plano eretor da espinha (ESP block). **Relato do caso:** M.L.P.D., sexo feminino, 3 anos, 17 kg, diagnosticada com neuroblastoma em região cervicotorácica há 5 meses, apresentou boa resposta à quimioterapia neoadjuvante, sendo submetida à ressecção de massa tumoral. Ocorreu monitoração não invasiva completa, temperatura, débito urinário, pressão arterial invasiva e índice bispectral. A indução anestésica foi iniciada com sevoflurano sob máscara facial, 50 mcg de fentanil, 60 mg de propofol e 10 mg de rocurônio, concomitantemente a 20 mcg de clonidina e 20 mg de lidocaína endovenosos, visando a uma anestesia geral multimodal balanceada, seguida de IOT com sinais vitais estáveis e parâmetros ventilatórios protetores. A manutenção anestésica foi sob sevoflurano a 3%, com índice bispectral guiado entre 40-60. Para a analgesia pós-operatória, foi realizado ESP block, guiado por ultrassom em nível de T2, com infiltração de 4 ml de ropivacaína a 0,37% e 4 ml de lidocaína sem vasoconstrictor a 1%, associada à analgesia com 850 mg de dipirona e 8,5 mg de cetorolaco. O tempo cirúrgico foi de 2 horas. A extubação ocorreu em sala, sendo o paciente transferido para o CTI PED sem queixas álgicas ou necessidade de opioide para resgate. A alta do ocorreu no 4º DPO. **Discussão:** Entre os tumores malignos pediátricos com maior mortalidade, o neuroblastoma (15%) necessita de tratamento multimodal, incluindo quimioterapia, radioterapia e cirurgia. Portanto, o anestesiológico deve fazer uma avaliação pré-anestésica criteriosa, planejando uma anestesia segura com menores complicações relacionadas ao tratamento cirúrgico. A analgesia regional tem seu papel bem estabelecido, com estudos crescentes relacionados à segurança quanto ao uso de bloqueios para tumores torácicos. O ESP block guiado por ultrassom, por sua vez, tem sido descrito como uma técnica segura para cirurgias cervicotorácico-lombares, com menor taxa de complicações. Os cuidados pós-operatórios envolvem maior atenção quanto à profilaxia de náuseas e vômitos, já que a quimioterapia aumenta os efeitos colaterais indesejáveis.

Palavras-chave: Anestesia regional, neuroblastoma, ESP block.

REFERÊNCIAS

1. Tognon C, Pulvirenti R, Fati F, et al. Anesthesia in Children with Neuroblastoma, Perioperative and Operative Management. Children (Basel). 2021;8(5):395. <http://doi.org/10.3390/children8050395> PMID:34068896.

1737 BLOQUEIO DO GÂNGLIO ESFENOPALATINO PARA TRATAMENTO DE CEFALEIA REFROTÁRIA APÓS PUNÇÃO ACIDENTAL DA DURA MÁTER EM REALIZAÇÃO DE BLOQUEIO PERIDURAL: UM RELATO DE CASO

CLARA DE OLIVEIRA MENON, JULIA TRISTAO DE REZENDE, LÚCIA LETÍCIA BEATO DE PINHO FREITAS, NATHALIA RODRIGUES LEÃO PINA, RAFAEL DE OLIVEIRA SARTINI

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

Introdução: A cefaleia pós-punção dural (CPPD) é uma complicação comum após punção acidental da dura-máter. Medidas conservadoras são indicadas nas primeiras 24-48 horas. Em casos refratários, o Blood Patch se constitui como padrão-ouro, com eficácia de 61 a 98%. Porém, não é isento de riscos e, por isso, novos tratamentos vêm sendo estudados, como o bloqueio do gânglio esfenoalpatino (BGEP). **Relato de caso:** Paciente feminina de 26 anos foi submetida à nefrectomia radical direita aberta, com a realização de anestesia geral combinada com bloqueio peridural. Ao realizar punção do espaço peridural entre T11 e T12 com agulha de Tuohy 16G, ocorreu punção acidental da dura-máter. Foi feita nova punção bem-sucedida entre L3 e L4 com passagem de cateter peridural e administração de 10 ml de ropivacaína 0,5%. O procedimento se deu sem intercorrências. Após 24 horas, a paciente evoluiu com cefaleia ortostática associada a vômitos e turvação visual. Fez-se tratamento conservador por 24 horas, sem sucesso (hidratação venosa, cafeína, dipirona e cetoprofeno). Optou-se então pela realização de BGEP com introdução de swab embebido por ropivacaína 0,7% e lidocaína 4% em cada cavidade nasal em direção à região etmoidal posterior durante 20 minutos. A paciente referiu melhora importante da cefaleia, possibilitando-a levantar do leito. A analgesia durou cerca de 6 horas. Foi feito então novo bloqueio, com resultado semelhante. Em associação com as medidas conservadoras, ocorreu a resolução da CPPD após 72 horas do início do quadro. **Discussão:** O quadro clínico da CPPD é composto por cefaleia ortostática latejante fronto-occipital que pode vir acompanhada de zumbido, hipoacusia, fotofobia e náusea. Desenvolve-se nas primeiras 72 horas após a punção com resolução espontânea em até 7 dias. A perda de liquor resulta em hipotensão liquórica com vasodilatação compensatória de estruturas cerebrais sensíveis à dor. O gânglio esfenoalpatino possui fibras parassimpáticas. Seu bloqueio foi descrito em 2016 por Cohen et. al., que defendem que a aplicação transnasal de anestésico local reduz sua atuação parassimpática com diminuição da vasodilatação cerebral e redução da CPPD. Uma metanálise de 2023 mostrou redução significativa da dor 30 minutos, 1 hora e 4 horas após o BGEP, porém sem diferença significativa após 6 horas, sendo necessária a repetição do procedimento. O BGEP é uma técnica recente que vem sendo estudada. Pela facilidade de realização e eficácia, deve ter sua realização estimulada.

Palavras-chave: Cefaleia pós-punção dural, bloqueio do gânglio esfenoalpatino, acidente de punção.

REFERÊNCIAS

1. Kwak K-H. Postdural puncture headache. Korean J Anesthesiol. 2017;70(2):136-43. <http://doi.org/10.4097/kjae.2017.70.2.136> PMID:28367283.
2. Dwivedi P, Singh P, Patel TK, et al. Trans-nasal sphenopalatine ganglion block for post-dural puncture headache management: a meta-analysis of randomized trials. Braz J Anesthesiol. 2023;73(6):782-93. <http://doi.org/10.1016/j.bjane.2023.06.002> PMID:37422191.

1742 REALIZAÇÃO DE BLOOD PATCH PARA TRATAMENTO DE CEFALEIA REFRAATÓRIA CAUSADA POR HIPOTENSÃO LIQUÓRICA DEVIDO A FÍSTULA VENO-LIQUÓRICA: UM RELATO DE CASO

CLARA DE OLIVEIRA MENON, ARETHA PAES DE LIMA CARNEIRO, BRUNO VÍTOR MARTINS SANTIAGO, JULIA TRISTAO DE REZENDE, PAULA CRISTINA LEITÃO DE ASSUNÇÃO

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

Introdução: A cefaleia, quando causada por hipotensão liquórica, caracteriza-se por iniciar em ortostase e aliviar ao decúbito. Entre as modalidades de tratamento estão as medidas conservadoras, como aumento da hidratação e analgésicos. Outros casos de hipotensão liquórica severa exigem tratamentos invasivos, como o tampão sanguíneo peridural (TSP) ou a embolização de possíveis fístulas. O presente relato descreve um caso de cefaleia causada por hipotensão liquórica em que foi utilizado TPS como tratamento transitório da sintomatologia incapacitante até tratamento definitivo. **Relato de caso:** Paciente feminina de 43 anos, previamente hígida e maratonista, apresentou cefaleia holocraniana incapacitante de 6 meses de evolução não relacionada a trauma ou punção dural, latejante, pior em ortostase e melhor ao decúbito, associada à vertigem, zumbido bilateral e fotofobia. Foi acompanhada por serviço de neurocirurgia que diagnosticou hipotensão liquórica severa. Foi realizada ressonância magnética de coluna e mielografia e detectada fístula venoliquórica em nível de T6-T7. A pedido do serviço de neurocirurgia, foi realizado pelo serviço de anestesiologia um Blood Patch com injeção no espaço peridural entre L3 e L4 de 20 ml de sangue autólogo coletado sob técnica asséptica, com o intuito de aumentar a pressão liquórica e aliviar a dor. Após o procedimento, a paciente evoluiu com melhora da cefaleia por 15 dias, o que permitiu sua alta hospitalar e posterior tratamento definitivo em centro de referência com embolização da fístula venoliquórica. **Discussão:** Segundo Monroe-Kellie, a soma dos volumes intracraniano, de liquor e de sangue é constante. Assim sendo, a diminuição de um deve levar ao aumento espontâneo do outro. Portanto, a perda de liquor leva à vasodilatação cerebral compensatória de estruturas venosas intracranianas sensíveis à dor, com estabelecimento da cefaleia ortostática. As fístulas liquóricas localizam-se, principalmente, nos segmentos cervicotorácico e lombar. Recomenda-se a injeção de 20 ml de sangue autólogo em região lombar mesmo que a fístula ocorra em região distante disso, pois, em coluna lombar, 90% dos TSP são eficazes no tratamento da cefaleia por hipotensão liquórica. O TSP é comprovadamente eficaz no tratamento de cefaleia após a punção dural. No que diz respeito à cefaleia por hipotensão liquórica não relacionada à punção dural, diversos relatos na literatura vêm demonstrando sua eficácia, mesmo que de forma transitória, como realizado no relato apresentado.

Palavras-chave: Blood patch, fístula liquórica, cefaleia.

REFERÊNCIAS

1. Mendes FF, Gonçalves AN, Novelo B, Rocha CRM, Marques NFM. Hipotensão intracraniana espontânea tratada com tamponamento sanguíneo peridural: relato de caso. Rev Dor. 2012;13(2):183-6. <http://doi.org/10.1590/S1806-00132012000200016>.
2. Pleasure SJ, Abosch A, Friedman J, et al. Spontaneous intracranial hypotension resulting in stupor caused by diencephalic compression. Neurology. 1998;50(6):1854-7. <http://doi.org/10.1212/WNL.50.6.1854> PMID:9633740.

1748 TUMOR PÉLVICO EM GESTANTE: UM RELATO DE CASO

MARIA GUERRA BARRETTO DA COSTA, ALICE GUERRA BARRETTO DA COSTA, EMÍLIO CARLOS DEL MASSA, MARCELO STUCCHI PEDOTT, PATRICIA MITSUE SARUHASHI SHIMABUKURO

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

Introdução: Câncer associado à gestação é aquele diagnosticado na gestação ou 12 meses pós-parto. Achados de mioma e massa anexial são mais comuns com avanço nos exames de imagem de rotina, sendo a maioria benigna. A sobreposição de sintomas próprios da gestação com os decorrentes da massa dificulta o diagnóstico diferencial. A conduta cirúrgica dos miomas se reserva a casos complicados: torção, necrose e peritonite. **Relato do caso:** Primigesta de 36 anos, com 26 semanas e 1 dia de gestação, admitida na instituição em 7/3/23, com diagnóstico prévio de mioma uterino, ao exame físico foi visto aumento do volume abdominal, acrescido de dor e queda da hemoglobina. A paciente relatou sintomas gripais em 5/3/23 e apresentou parainfluenza positivo. A tomografia feita em 22/2/23 flagrou massa pélvica de 25,7 x 21,6 x 30,6 cm, com hipótese de neoplasia. Foram transfundidos dois concentrados de hemácias no pré-operatório. O procedimento cirúrgico foi em 10/03/2023, e a paciente foi admitida estável hemodinamicamente em sala operatória, com a realização de monitorização multiparamétrica. Por técnica anestésica, optou-se por raquianalgesia com morfina combinada com anestesia venosa total. Houve indução anestésica com fentanil, propofol e rocurônio para intubação em sequência rápida, mantendo-a com propofol e remifentanil. Foi feita tumorectomia, lise de aderências, parto cesárea, histerectomia total e salpingectomia bilateral. Ocorreu sangramento profuso, com administração intraoperatória de 4 concentrados de hemácias e 1.000 UI de complexo protrombínico, 1 g de transamin, 25 g de albumina, 3FA de glutonato de cálcio e 3 litros de cristalóide. A paciente apresentou 700 ml de diurese. Precisou de noradrenalina em dose máxima de 0,3 mcg/kg/min, sendo desligada após expansão volêmica, em associação com precedex. Extubada após bloqueio neuromuscular revertido, foi encaminhada à UTI, tendendo à hipertensão, sonolenta, em cateter nasal. A alta hospitalar se deu em 18/4/23. **Discussão:** Tumores uterinos são comuns em mulheres na idade fértil, e 10 a 20% deles são diagnosticados durante a gravidez, mas só 0,27% é maligno. O avanço da idade da primeira gestação está tornando mais frequente o diagnóstico de mioma na gestação, mas só 42% dos de 5 cm e 12,5% dos de 3 a 5 cm são detectados ao exame físico. É preciso prestar atenção para sinais como crescimento abdominal exagerado, sangramento e dor pélvica, principalmente no primeiro trimestre. Os desfechos são desfavoráveis em 10 a 30% dos casos, e há risco de aborto, parto prematuro, distocia de parto, anomalias fetais, hemorragia puerperal e histerectomia.

Palavras-chave: Anestesiologia, cesárea, tumor pélvico.

REFERÊNCIAS

1. Dibe ND. Abordagem de tumores abdominais malignos na gestação: revisão da literatura e relato de caso. Trabalho de conclusão de curso. São Paulo: Hospital do Servidor Público Municipal; 2021.
2. Garcia JM, Olivares MC, Navia AC, Saña JL, Fraile JRR. Unexpected obstetric haemorrhage. Krukenberg tumour. Rev Esp Anesthesiol Reanim. 2017;64(8):479-82. <http://doi.org/10.1016/j.redar.2017.01.010>.
3. Reis-de-Carvalho C, Lopes J, Henriques A, Clode N. Management of pregnancy in case of multiple and giant uterine fibroids. BMJ Case Rep. 2020;13(11):e235572. <http://doi.org/10.1136/bcr-2020-235572> PMID:33148571.

1749 MANEJO DE VIA AÉREA DIFÍCIL EM PACIENTE EM PACIENTE COM ECTOPIA TIREOIDIANA TOTAL E LINGUAL: UM RELATO DE CASO

EVILYN MAYARA DE ANDRADE OLIVEIRA FEITOZAS, ELVYA DAMASCENO NASCIMENTO MACIEL, LUCAS IANNUZZI MARTINS, MARUJA LANDAURO ROJAS, RENATO PIRES DO NASCIMENTO

CET INTEG.DO INST.DE ANESTESIOLOGIA DO AM - FUNDAÇÃO HOSPITAL ADRIANO JORGE, MANAUS, AM, BRASIL

A abordagem das vias aéreas em cirurgias considera fatores como estado clínico do paciente, técnica cirúrgica e estrutura disponível. A intubação em paciente acordado traz vantagens como manutenção dos reflexos e da patência das vias aéreas. Especialmente em casos de patologias de cabeça e pescoço, essa abordagem é benéfica para garantir a segurança. No relato de caso, uma mulher de 32 anos, hipertensa e obesa grau I, foi submetida à exérese de tireoide ectópica. A indução incluiu lidocaína, quetamina, dexmedetomidina, sulfato de magnésio, midazolam e fentanil, além de anestesia tópica das vias aéreas. A intubação nasotraqueal foi bem-sucedida, seguida por ventilação mecânica controlada por pressão durante o procedimento. A paciente permaneceu estável e sem complicações, recebendo alta após 3 horas, sem necessidade de oxigênio suplementar. A ectopia tireoidiana, comum na língua, pode dificultar a ventilação e intubação em razão do volume adicional na área restrita. É essencial identificar uma via aérea difícil antes do procedimento anestésico, utilizando história e exame físico detalhados. O algoritmo de abordagem de vias aéreas pode orientar a decisão entre intubação acordada ou após a indução da anestesia geral. No caso apresentado, a intubação nasotraqueal acordada foi escolhida por causa da obesidade da paciente, classe Mallampati IV, distância tireomentoniana curta e aumento do volume da língua devido à ectopia tireoidiana. O relato destaca a importância do treinamento especializado e do uso de tecnologias avançadas, como o videolaringoscópio, para lidar com desafios na via aérea. Investimentos em educação continuada são cruciais para garantir uma resposta eficiente em situações clínicas complexas, ressaltando a necessidade de protocolos padronizados para uma prática uniforme e eficaz.

Palavras-chave: Manuseio de via aérea, videolaringoscopia, tiroide ectópica.

REFERÊNCIAS

1. Nørskov AK, Rosenstock CV, Wetterslev J, Astrup G, Afshari A, Lundstrøm LH. Diagnostic accuracy of anaesthesiologists' prediction of difficult airway management in daily clinical practice: a cohort study of 188 064 patients registered in the Danish Anaesthesia Database. *Anaesthesia*. 2015;70(3):272-81. <http://doi.org/10.1111/anae.12955> PMID:25511370.
2. Pinczower E, Crockett DM, Atkinson JB, Kun S. Preoperative thyroid scanning in presumed thyroglossal duct cysts. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 1992;118(9):985-8. <http://doi.org/10.1001/archotol.1992.01880090101026> PMID:1503728.
3. Rosenblatt WH. The Airway Approach Algorithm: a decision tree for organizing preoperative airway information. *J Clin Anesth*. 2004;16(4):312-6. <http://doi.org/10.1016/j.jclinane.2003.09.005> PMID:15261328.

1763 SÍNDROME DE TAKOTSUBO APÓS RAQUIANESTESIA PARA ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO: UM RELATO DE CASO

MARCOS VINÍCIUS DE SOUZA FERNANDES, FELIPE CERQUEIRA MATHEUS, GABRIELA NOEL DELMONTE, IVANI CORREIA MESQUITA, LÚCIA LETÍCIA BEATO DE PINHO FREITAS

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

Introdução: A artroplastia total de joelho (ATJ) é um dos procedimentos ortopédicos mais realizados no Brasil, e as técnicas anestésicas têm se desenvolvido, tornando o procedimento cada vez mais realizado apenas sob anestesia regional. A Síndrome de Takotsubo é caracterizada por disfunção ventricular transitória na ausência de doença coronária que a justifique e, classicamente, apresenta-se como déficit segmentar predominantemente apical, tendo como gatilho situações de estresse físico ou emocional. **Relato de caso:** M.L.P., sexo feminino, 69 anos, 65 kg, 145 cm, diabética, interna eletivamente para realização de ATJ à direita. Paciente com eletrocardiograma pré-operatório sem arritmias ou alterações isquêmicas, boa capacidade funcional, sem antecedentes pessoais cardiovasculares e com risco cirúrgico liberado. Após monitorização e venóclise, foi realizada raquianestesia por via mediana em decúbito lateral em primeira tentativa, com o uso de 17,5 mg de bupivacaína isobárica. Foi posicionada em decúbito dorsal, e, durante a visualização por ultrassom das estruturas para ser realizado um bloqueio de nervo periférico, a paciente evoluiu para bradicardia sintomática. Logo após a injeção de 0,75mg de atropina, evoluiu para assistolia, revertida após um ciclo de massagem cardíaca e 1 mg de adrenalina. Por causa da instabilidade hemodinâmica e de um traçado eletrocardiográfico com supradesnivelamento de segmento ST em múltiplas derivações, optou-se por anestesia geral e transferi-la para o setor de hemodinâmica. A cineangiocoronariografia não visualizou doença obstrutiva significativa, porém demonstrou dilatação e disfunção ventricular grave, discinesia apical e hipercontratilidade basal à ventriculografia – compatível com Takotsubo. A ressonância magnética cardíaca evidenciou trombo no ápice do ventrículo esquerdo e ausência de realce tardio (fibrose miocárdica), reforçando o diagnóstico de cardiomiopatia por estresse. Iniciou-se terapia com enalapril e anticoagulação plena com rivaroxabana. Novo ecocardiograma cerca de 2 semanas após o evento demonstrou reversão da disfunção, com função ventricular recuperada. **Discussão:** Cabe ao anestesista estar ciente das possíveis repercussões hemodinâmicas do bloqueio de neuroeixo. Apesar de pouco frequentes, podem ocorrer eventos maiores, como a assistolia, por isso prontidão na tomada de decisão, instituição de terapia farmacológica adequada e reabilitação, associadas a um apoio multidisciplinar no seguimento do paciente, são cruciais.

Palavras-chave: Síndrome de Takotsubo, artroplastia total de joelho, complicações em raquianestesia.

REFERÊNCIAS

1. Singh T, Khan H, Gamble DT, Scally C, Newby DE, Dawson D. Takotsubo syndrome: pathophysiology, emerging concepts, and clinical implications. *Circulation*. 2022;145(13):1002-19. <http://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.121.055854> PMID:35344411.
2. Turnbull ZA, Sastow D, Giambrone GP, Tedore T. Anesthesia for the patient undergoing total knee replacement: current status and future prospects. *Local Reg Anesth*. 2017;10:1-7. <http://doi.org/10.2147/LRA.S101373> PMID:28331362.

1767 AVALIAÇÃO COM ULTRASSONOGRAFIA POINT OF CARE NO MANEJO DO PACIENTE COM ABDOME AGUDO VASCULAR

LETICIA GOULART JAPIASSU, ADRIANA NAVARRO MACHADO FERNANDES, IAGO BARBOSA PINTO RODRIGUES, JONATHAN MATHEUS MARTINS RODRIGUES

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

Introdução: A ultrassonografia point of care (POCUS) vem se mostrando cada vez mais importante para o médico anestesiológico, não somente no manejo intraoperatório, mas também na propedêutica diagnóstica e condução terapêutica ativa de diversos casos. **Relato de caso:** Paciente B.C.S., 49 anos, hipertenso, diabético e DRC em estágio dialítico por causa de doença glomerular idiopática, foi admitido no setor de emergência clínica do hospital após fortes dores abdominais, durante sessão de hemodiálise. Após propedêutica de investigação clínica e exames complementares, identificou-se quadro de abdome agudo. Tomografia (TC) evidenciou espessamento em região de ângulo hepático, sendo indicada laparotomia pela equipe de cirurgia geral. No momento de entrada na sala de cirurgia, o paciente estava em gravíssimo estado geral com pressão arterial média de 40 mmHg, sendo iniciada a infusão de noradrenalina titulando dosagem até a obtenção de níveis pressóricos adequados para a indução anestésica. Como forma de avaliação complementar, foi realizada POCUS, sendo identificado trombo em veia hepática. Esse fato antecipou o diagnóstico de isquemia intestinal aguda. **Discussão:** Os casos de isquemia intestinal aguda representam um grande desafio cirúrgico e anesthesiológico, uma vez que são pacientes extremamente graves. A isquemia mesentérica é causada pela redução do fluxo sanguíneo mesentérico. Essa patologia pode ser dividida em aguda e crônica, baseada na rapidez e no grau em que o fluxo sanguíneo está sendo comprometido. A redução do fluxo sanguíneo intestinal pode ter na sua origem uma trombose ou embolia das mesentéricas, tronco celíaco ou ser uma IM não oclusiva. Na literatura, os casos de isquemia colônica são de aproximadamente 16 casos a cada 100 mil pessoas, no entanto somente 5% dos casos têm origem em trombose venosa, conforme ilustrado neste relato. Nesse contexto, a POCUS se mostra importante para ajudar no diagnóstico e manejo do paciente, reduzindo possíveis complicações de um diagnóstico tardio. Evita-se, assim, o aumento do tempo de cirurgia, pois, muitas vezes, os pacientes são abordados cirurgicamente, sem terem um diagnóstico ou um estado clínico mais grave, visto que exames de imagem nem sempre estão disponíveis. No caso relatado, mesmo com a tomografia, não havia sido firmado o diagnóstico em isquemia, mas, após a POCUS, foi possível correlacionar a história clínica e ter um maior direcionamento cirúrgico.

Palavras-chave: POCUS, isquemia, ultrassonografia.

REFERÊNCIAS

1. Boleys K. Acute mesenteric ischemia. In: Tytgat GNJ, van Blankenstein M, editores. Current topics in Gastroenterology and Hepatology. Amsterdam: Thieme Publishing Group; 1990.
2. Alvi AR, Khan S, Niazi SK, Ghulam M, Bibi S. Acute mesenteric venous thrombosis: improved outcome with early diagnosis and prompt anticoagulation therapy. Int J Surg. 2009;7(3):210-3. <http://doi.org/10.1016/j.ijso.2009.03.002> PMID:19332155.

1768 IMPLANTE DE ESTIMULADOR CEREBRAL PROFUNDO EM PACIENTE COM DOENÇA DE PARKINSON PRECOCE / TÉCNICA AWAKE-SLEEP

DANIEL SHIRRAL COSTA LIMA, CLAUDIA REGINA MACHADO, EDMAR JOSÉ ALVES DOS SANTOS, LUCAS DUTRA BASTOS PEREIRA, SOLANGE MARIA LAURENCEL

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

Introdução: A doença de Parkinson é uma condição degenerativa caracterizada por bradicinesia, rigidez e tremor de repouso. A estimulação cerebral profunda (DBS) é uma técnica cirúrgica aplicada para reduzir os sintomas cardinais, especialmente o tremor, e tornou-se um tratamento cada vez mais comum para a doença de Parkinson e outros distúrbios do movimento. Atualmente, as técnicas acordadas ou de sedação são populares por facilitarem o teste neurológico intraoperatório. **Relato de caso:** Paciente masculino, 48 anos, 105 kg, 1,92 m, hipertensão arterial sistêmica controlada com uso de losartana 50 mg duas vezes ao dia, doença de Parkinson precoce, apresentava sintomas motores, bradicinesia e comprometimento da fala avançados, admitido no centro cirúrgico para implante de DBS. Optou-se pela técnica Awake-Sleep, com necessidade cirúrgica em dois tempos: 1º) mapeamento das áreas cerebrais que deveriam ser estimuladas, necessitando da interação com o paciente; 2º) implantação da bateria do aparelho na região torácica superior direita. No 1º tempo (Awake), procedeu-se à sedação consciente e analgesia, por meio de dexmedetomidina 0,3 mcg/kg/h intravenosa (IV), oxigênio suplementar sob cateter nasal a 2 L/min e infiltração local com ropivacaína 0,3% 15 ml nos pontos de pressão do suporte craniano. O paciente manteve-se despertável, colaborativo e interativo, performando durante a instalação e modulação da frequência. No 2º tempo (Sleep), foi realizada a anestesia geral, indução com 200 mg de propofol, 250 mcg de fentanil e 100 mg de rocurônio, IOT sob laringoscopia direta com TOT aramado n. 8,0 mm e manutenção realizada com sevoflurano. Ocorreu analgesia adjuvante com dipirona 2 g IV e profilaxia antiemética com ondansetrona 8 mg IV. Ao término da cirurgia, houve a reversão do bloqueador neuromuscular de acordo com o TOF, despertar adequado e sem intercorrências. **Discussão:** A cirurgia de implante de DBS é considerada um avanço em termos de tratamento para doença de Parkinson. É necessária uma avaliação meticulosa pré-operatória das vias aéreas, uma vez que a cabeça do paciente será imobilizada em uma estrutura estereotáxica, tornando a laringoscopia convencional difícil. O anestesista deve ter como objetivo na inserção de eletrodos cerebrais profundos: (I) proporcionar condições cirúrgicas ideais e conforto ao paciente, (II) facilitar a monitorização intraoperatória, incluindo neuromonitorização para localização do alvo e (III) diagnosticar e tratar rapidamente quaisquer complicações.

Palavras-chave: Implante DBS, estimulador cerebral profundo, anestesia awake-sleep.

REFERÊNCIAS

1. Machado FA, Reppold CT. O efeito da estimulação cerebral profunda nos sintomas motores e cognitivos da doença de parkinson: revisão da literatura. *Dement Neuropsychol.* 2015;9(1):24-31. <http://doi.org/10.1590/S1980-57642015DN91000005> PMID:29213938.
2. Chaves Rodríguez CA. Manejo anestésico para colocación de electrodos de estimulación cerebral profunda en pacientes con enfermedad de Parkinson [trabalho de graduação]. San Pedro: Universidad de Costa Rica; 2022.
3. Poon CCM, Irwin MG. Anaesthesia for deep brain stimulation and in patients with implanted neurostimulator devices. *Br J Anaesth.* 2009;103(2):152-65. <http://doi.org/10.1093/bja/aep179> PMID:19556271.

1787 PARTO CESÁRIO DE EMERGÊNCIA, SOB ANESTESIA GERAL, EM UMA GESTANTE COM RUPTURA DE CORDOALHAS

HELENA DE PAULA OLIVEIRA, BRUNO VÍTOR MARTINS SANTIAGO, LÚCIA LETÍCIA BEATO DE PINHO FREITAS, MATTEO KAMPFEE LETTA, RAFAEL DE OLIVEIRA SARTINI

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

Introdução: A cardiopatia é uma importante causa de morbidade materna periparto. A presença de insuficiência mitral aguda na gestante pode precipitar complicações ameaçadoras ao binômio materno-fetal. **Relato de caso:** Gestante de 30 anos, 54 kg, IG 26S, portadora de estenose mitral por etiologia reumática, apresentou piora da dispneia em repouso e ortopneia no 3º trimestre gestacional. Nesse sentido, foi indicado o procedimento hemodinâmico de valvuloplastia mitral por balão, porém, durante a realização, houve a evolução para insuficiência mitral aguda, com rompimento completo das cordoalhas tendíneas. A troca valvar, diante desse novo quadro, tornou-se necessária em caráter de emergência. Visando ao bem-estar fetal, a cesárea foi realizada previamente à cirurgia cardíaca. Desse modo, a paciente foi transferida para o centro cirúrgico em ventilação mecânica, modo ventilação controlada, monitorização padrão, pressão arterial invasiva, saturação inicial de 96%, frequência cardíaca (FC) de 98 bpm e pressão arterial média (PAM) de 75 mmHg. Optou-se por uma anestesia balanceada com a manutenção com sevoflurano e remifentanil. Ademais, o suporte ionotrópico iniciado na sala da hemodinâmica foi mantido com dobutamina. Retirado o feto deprimido (APGAR 1/2/4), ele foi transferido intubado à unidade de terapia intensiva neonatal. Houve administração endovenosa (EV) de cefazolina 2 g, dexametasona 10 mg e ondansetrona 8 mg para profilaxia de náuseas e vômitos, com dipirona 2 g para analgesia, ocitocina 10 UI EV e 10 UI intramuscular. Foi infundido um total de 800 mL de cristaloides EV. Ao término, a paciente seguiu para a troca valvar mitral, estável hemodinamicamente com noradrenalina e dobutamina em baixas doses. A paciente, após quatro dias no CTI, recebeu alta para enfermaria, e seu bebê foi mantido estável, sob os cuidados da equipe da UTI neonatal. **Discussão:** Gestantes com disfunção valvar têm risco aumentado de choque e insuficiência cardíaca grave. Quando tal alteração é adquirida de forma aguda, apresenta o potencial de pior desfecho clínico. No caso descrito, o dano valvar poderia causar repercussões hemodinâmicas importantes, afetando o bem-estar materno-fetal, entre as quais o edema agudo pulmonar por congestão. Nesse sentido, objetivando variações mínimas na resistência vascular sistêmica e maior controle sobre retorno venoso, optou-se pela anestesia geral com manutenção de dobutamina, a fim de garantir melhor performance cardíaca e as mínimas condições para posterior troca valvar.

Palavras-chave: Gestante, insuficiência mitral aguda, cardiopatia reumática.

REFERÊNCIAS

1. Chestnut DH, Wong CA, Tsen LC, et al. Chestnut's Obstetric Anesthesia: principles and practice, 6. ed. Philadelphia: Elsevier; 2020.
2. Vaughan G, Dawson A, Peek M, et al. Rheumatic heart disease in pregnancy: new strategies for an old disease? Glob Heart. 2021;16(1):84. <http://doi.org/10.5334/gh.1079> PMID:35141125.

1790 ABREVIÇÃO DO JEJUM PRÉ-OPERATÓRIO: OS RESULTADOS CLÍNICOS DA IMPLANTAÇÃO DE UMA NOVA LINHA DE CUIDADO ASSISTENCIAL EM UM GRANDE COMPLEXO HOSPITALAR

EDUARDO BAUMGARDT, FLORENTINO FERNANDES MENDES, LIEGE CAROLINE IMMICH, RAFAELA FESTUGATTO TARTARI, RAMON MAGALHÃES MENDONÇA VILELA

UFCSA, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

Introdução: Nas últimas décadas, a recuperação pós-operatória tem sido aprimorada com abordagens multidisciplinares, à luz do protocolo ERAS (Enhanced Recovery After Surgery). Caminhando ao encontro deste novo paradigma no cuidado ao paciente cirúrgico, este trabalho apresenta os resultados clínicos da implantação de uma linha de cuidado de abreviação de jejum pré-operatório em um grande complexo hospitalar. **Objetivos:** Medir a diferença na mediana de tempo de internação e a mortalidade hospitalar entre pacientes que receberam abreviação do jejum pré-operatório com maltodextrina e aqueles que seguiram o jejum padrão. **Método:** Estudo de coorte retrospectivo com análise de dados de prontuário, apreciado pelo Comitê de Ética (CAAE: 57570522.2.0000.5335), cujo TCLE foi dispensado. Foram incluídos no estudo os pacientes internados submetidos a cirurgias eletivas, cuja prescrição do jejum ficou sob responsabilidade da equipe assistente. A variável principal consiste na abreviação ou não do jejum pré-operatório. Outra variável de interesse foi o tempo de jejum pré-operatório, planejando análise de subgrupos entre aqueles com tempo de jejum maior versus menor que 6 horas. Variáveis dependentes de interesse foram morte hospitalar e tempo de internação. A análise estatística foi realizada por meio do programa Jamovi Version 2.3.28.0. **Resultados:** 153 prontuários de pacientes cirúrgicos eletivos foram avaliados de maneira retrospectiva. A prevalência de mortalidade na amostra foi de 6,5%. Abreviaram o jejum pré-operatório 70,6% dos pacientes incluídos no estudo. Os dias de internação da população estudada demonstrou uma mediana de 10 dias na população que abreviou o jejum e de 12 dias nos que não abreviaram o jejum. Uma regressão linear entre dias de internação e abreviação de jejum demonstrou relação não significativa ($p = 0,130$), corrigindo para o efeito da idade. Na análise de mortalidade, verificou-se que não há significância estatística entre o tempo de jejum pré-operatório e a mortalidade quando agrupados os pacientes em tempo de jejum menor que 6 horas ou tempo de jejum maior que 6 horas ($p = 0,993$). Isso também ocorre avaliando abreviação de jejum e mortalidade ($p = 0,133$). **Conclusão:** A despeito de uma prevalência significativa de abreviação de jejum pré-operatório (70,6%), o presente estudo não conseguiu demonstrar significância estatística ao correlacionar abreviação de jejum com mortalidade e tempo de internação hospitalar.

Palavras-chave: ERAS, jejum pré-operatório.

REFERÊNCIAS

1. Ljungqvist O, Scott M, Fearon KC. Enhanced recovery after surgery: a review. JAMA Surg. 2017;152(3):292-8. <http://doi.org/10.1001/jamasurg.2016.4952> PMID:28097305.

1823 ANESTESIA PARA RECÉM NASCIDO COM AGENESIA DIAFRAGMÁTICA A ESQUERDA RELATO DE CASO

LUCAS GARCIA ROCHA, FLAVIA ASSIS FERNANDES, JOÃO PAULO JORDÃO PONTES, WEBER ELIAS DE CARVALHO

CET INTEGRADO DE UBERLÂNDIA-MG, UBERLÂNDIA, MG, BRASIL

Introdução: A agenesia hemidiafragmática é uma anomalia congênita associada à alta mortalidade e atribuída a uma herança autossômica recessiva. É considerada uma rara malformação diafragmática e corresponde a 5% de todas as hérnias diafragmáticas congênitas. **Relato de caso:** Paciente do sexo masculino, 30 dias de vida, pesando 4.500 g, com quadros recorrentes de derrame pleural à esquerda, refratários à toracocentese. Optou-se pela realização de videotoracoscopia exploradora para avaliação anatômica e avaliação de possibilidade de intervenção terapêutica. Paciente foi submetido à anestesia geral com indução endovenosa lenta com fentanil 12 mcg, quetamina 2 mg, propofol 10 mg e rocuroônio 3 mg. Foi realizada intubação orotraqueal sob laringoscopia direta (Cormack 1), sem intercorrências, com tubo orotraqueal 3,5 com cuff, além da manutenção anestésica inalatória. Durante o procedimento, evidenciou-se agenesia diafragmática associada à hérnia diafragmática e sequestro pulmonar à esquerda, fato que contribuiu para a formação do derrame pleural. Ao fim do procedimento, o paciente foi encaminhado à UTI neonatal, estável hemodinamicamente e intubado. **Discussão:** Pacientes com poucos dias de vida são sempre um desafio para a prática anestésica por causa da labilidade respiratória e hemodinâmica. Neste caso, tratava-se de uma patologia pulmonar com quadro recidivante de derrame pleural associado à baixa reserva pulmonar, que já é esperada para esse tipo de paciente. Desta forma, equipamentos de via aérea difícil, tubos orotraqueais de tamanhos diferentes e sonda de aspiração são de suma importância e devem estar prontos e disponíveis para uso. Além disso, uma avaliação pré-operatória detalhada com ecocardiograma doppler é essencial na avaliação da função cardíaca e na busca de outras anomalias congênitas, auxiliando no manejo peri e pós-operatório desses pacientes.

Palavras-chave: Agenesia hemidiafragmática.

REFERÊNCIAS

1. Kalanie H, Harandi AA, Farajpoor M. Congenital left hemidiaphragm agenesis and use of glatiramer acetate. J Clin Res Ophthalmol. 2020;7(2):91-3.

1841 SÍNDROME DOLOROSA REGIONAL COMPLEXA TIPO1: DESAFIO NO TRATAMENTO, HÁ LIMITE DE INTERVENÇÕES?

VANESSA HENRIQUES CARVALHO, EMICA SHIMOZONO

HOSPITAL MUNICIPAL DE PAULÍNIA, PAULÍNIA, SP, BRASIL

Introdução: A Síndrome Dolorosa Regional Complexa (SDRC) caracteriza-se por dor crônica intensa, associada à disfunção autonômica, alterações inflamatórias regionais persistentes e ausência de distribuição dermatomal. Incide em menos de 2% da população, 50% relacionados a traumas e 4% à punção venosa. Este relato tem como objetivo discutir falhas de tratamento e limite de intervenções.

Relato de caso: Mulher, 36 anos, faxineira, foi encaminhada ao Serviço de Dor com queixa de dor intensa que se estendia da nuca até os dedos do membro superior direito (MSD), contínua em queimação, com alodínia e limitação motora importante de MSD. O início do quadro se deu após anestesia geral associada à peridural para histerectomia há três meses, ENV = 10. Referiu quadro de dor e fraqueza em MSD desde a sua chegada à RPA. O ultrassom de ombro e o raio X de membro superior estavam normais. A alta hospitalar foi concedida no 3º pós-operatório com analgésicos, anti-inflamatórios e pregabalina. Referiu ser de difícil acesso venoso, tinha paresia de MSD e movimento apenas de pinça na mão direita. Foi acrescentada amitriptilina. Foi descartada hipótese de lesão de plexo braquial (PB). Exames de imagem, eletroneuromiografia e ultrassom de PB estavam normais. Em consulta subsequente, apresentou alterações vasculares em mão direita, então foi realizado bloqueio de gânglio estrelado (BGE) com alívio importante, ENV = 0. Porém, a analgesia não foi mantida, referindo dor poucas horas depois. Foi proposto bloqueio simpático venoso (BSV) com lidocaína, cetamina e sulfato de magnésio semanal e BGE seriados, totalizando 11 BGE. Foi prescrita abordagem multidisciplinar, reabilitação, fisioterapia, psiquiatria e terapia ocupacional. Foi realizada neuroablação por radiofrequência de gânglio estrelado, sem resposta satisfatória. **Discussão:** A paciente permaneceu em acompanhamento por 1 ano e 8 meses, submetendo-se ao BSV semanal e vários bloqueios periféricos, obtendo uma analgesia não sustentada, com quadro de dor moderada a intensa. Houve apenas redução da área de dor, encurtamento dos 3º, 4º e 5º quirodáctilos e perda de funcionalidade de MSD. **Conclusão:** A SDRC é desafiante, pois possui fisiopatologia incerta e curso clínico imprevisível, muitas vezes com falhas terapêuticas. Existiria limite de intervenções? Até que ponto é possível intervir para oferecer um mínimo de conforto ao paciente sem ser iatrogênico? A paciente continua assídua no serviço com algum otimismo do retorno de sua funcionalidade e convívio com o mínimo de dor.

Palavras-chave: Dor crônica, síndrome dolorosa regional complexa.

REFERÊNCIAS

1. Messias JC, Silvério LR, Pontes MA. Fo. Critérios classificatórios – Síndrome da Dor Regional Complexa. Revista Paulista de Reumatologia. 2022;21(1):48-53. <http://doi.org/10.46833/reumatologiasp.2022.21.1.48-53>.
2. Silva MA, Figueira PJ, Silva VB, et al. Síndrome Dolorosa Regional Complexa do Tipo I - da prevenção ao tratamento. Rev Port Ortop Traumatol. 2018;26(1):30-42.
3. Xu J, Yang J, Lin P, Rosenquist E, Cheng J. Intravenous therapies for Complex Regional Pain Syndrome. A systematic review. Anesth Analg. 2016;122(3):843-56. <http://doi.org/10.1213/ANE.0000000000000999> PMID:26891396.

1870 AMAUROSE BILATERAL TRANSITÓRIA APÓS ANESTESIA PARA PANCREATECTOMIA: RELATO DE CASO

MARIA GABRIELA RIBEIRO ALVES, EMÍLIO CARLOS DEL MASSA, GILMAR PEREIRA COAN, KESSYA TELES OLIVEIRA

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

Introdução: A amaurose transitória é caracterizada pela perda temporária da visão em um ou ambos os olhos. Apesar de alguns autores associarem o termo a esse fenômeno quando de origem vascular, ele persiste sendo utilizado para referir-se à perda visual decorrente de qualquer etiologia. No caso relatado, a amaurose ocorreu após uma pancreatectomia, com melhora espontânea do quadro no dia seguinte do ocorrido. **Relato de caso:** Homem, 30 anos, 1,78 m, 90 kg, com tumor neuroendócrino de pâncreas, candidato à pancreatectomia, ASA III. Monitorização básica: PA = 130/70, FC = 80, SpO2 = 98. Foi realizada anestesia combinada, com peridural em T10-T11, 20 mL de levobupivacaína com vasoconstritor 0,2% + 2 mg de morfina, sob sedação com midazolam 5 mg. A indução venosa foi realizada com fentanil 200 mcg + lidocaína 60 mg + propofol 150 mg + cisatracúrio 10 mg, seguida de intubação orotraqueal com tubo 8,0. Foi feita manutenção inalatória com sevoflurano 2%. Ocorreu cateterização de veia jugular interna direita e artéria radial esquerda para monitorização arterial contínua. O ato anestésico durou 480 min, com infusão total de 2.300 ml de ringer lactato, dose máxima de noradrenalina de 0,1 mcg/kg/min. Ao final do procedimento, o paciente despertou com borramento visual bilateral. Encaminhado à UTI, foi extubado com noradrenalina 0,02 mcg/kg/min, PA = 90/50, FC = 109, SpO2 = 97, com O2 3 L/min em cânula nasal. Na chegada, evoluiu com convulsão tônico-clônica generalizada, cessando espontaneamente após 2 min. No primeiro dia de pós-operatório (PO), evoluiu com amaurose bilateral, cefaleia associada, pupilas isocóricas bradirréticas, com dor à mobilidade cervical, porém sem rigidez de nuca. Ainda no 1º PO, houve melhora do quadro e reversão espontânea, com alta da UTI no 2º PO. Em meio à tomografia, ressonância e fundo de olho normais, equipe da neurologia considerou a retinopatia de Purtscher-like como principal hipótese. **Discussão:** Quadros como o descrito são raros, mas há relatos semelhantes na literatura, inclusive com associação ao emprego de peridural e uso de bupivacaína, evidenciando a necessidade de considerar a neurotoxicidade cortical do anestésico nesses casos. Diagnósticos diferenciais, como síndrome da encefalopatia posterior reversível ou neuropatia óptica isquêmica posterior, devem ser considerados. Tempo cirúrgico elevado, hipotensão arterial, anemia perioperatória e decúbito ventral são alguns fatores de risco para isquemia óptica. Por isso, ressalta-se a importância da avaliação da acuidade visual pós-operatória para diagnóstico precoce desse evento.

Palavras-chave: Amaurose, anestesia combinada, complicações anestésicas.

REFERÊNCIAS

1. Givre S, Van Stavern GP, Brazis PW. Amaurosis fugax (transient monocular or binocular visual loss). Waltham: Up To Date; 2019.
2. Maramattom BV. Delayed reversible cortical blindness after spinal anesthesia with bupivacaine. Ann Indian Acad Neurol. 2022;25(6):1218-20. http://doi.org/10.4103/aian.aian_433_22 PMID:36911428.

1874 COMPARAÇÃO DE ANESTESIA POUPADORA DE OPIOIDE E LIVRE DE OPIOIDE EM RELAÇÃO À DOR, ÍLEO E NÁUSEAS E VÔMITOS PÓS-OPERATÓRIOS PARA CIRURGIA DE CITORREDUÇÃO COM QUIMIOTERAPIA HIPERTÉRMICA

VICTORIA KRELING LAU, ANA ELISA AGOSTINI SERAFIM, FLORENTINO FERNANDES MENDES, LIEGE CAROLINE IMMICH, PAULO ALÍPIO GERMANO FILHO

HOSPITAL SANTA CASA DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

Introdução: A anestesia exerce papel fundamental nos desfechos pós-operatórios dos pacientes cirúrgicos. Sabe-se dos efeitos adversos relacionados ao uso de opioides no pós-operatório e, atualmente, muito se discute sobre uma potencial associação entre o uso de opioides e o processo de metastização e recidiva tumoral. **Objetivos:** O objetivo deste estudo é avaliar pacientes submetidos à citorredução com quimioterapia hipertérmica e comparar os desfechos entre um grupo de pacientes que recebeu anestesia livre de opioides e outro que recebeu anestesia com opioide, de maneira retrospectiva, observacional e sem grupo controle, em relação à dor pós-operatória e à ocorrência de náuseas e vômitos e de íleo pós-operatório. **Métodos:** Entre maio de 2020 e setembro de 2023, foram selecionados 34 pacientes submetidos à citorredução com quimioterapia hipertérmica, dos quais 15 pacientes consecutivos receberam anestesia com opioide associada à anestesia peridural torácica e 19 pacientes também consecutivos receberam anestesia livre de opioide associada à anestesia peridural lombar e torácica concomitante. Avaliou-se a homogeneidade dos grupos com base em sexo, idade, performance físico por meio do escore PS-ECOG, índice de massa corporal, índice de carcinomatose peritoneal e origem do tumor primário. Analisou-se a ocorrência de náuseas (análise subjetiva pela queixa do paciente) e vômitos (análise objetiva pela descrição em prontuário), dor pós-operatória (análise subjetiva pela queixa do paciente e análise objetiva pela necessidade de administração de morfina) e íleo pós-operatório (análise objetiva com base em achados no exame físico) em ambos os grupos para comparação. **Resultados:** Náuseas e vômitos ocorreram em 19 dos 34 pacientes (55,88%), sendo 7 no grupo livre de opioide e 12 no grupo anestesia com opioide ($p = 0,030$). O íleo pós-operatório acometeu 11 dos 34 pacientes (32,35%), sendo 3 no grupo livre de opioide e 8 no grupo com opioide ($p = 0,030$). Quanto à dor pós-operatória, 21 dos 34 pacientes necessitaram de medicação de resgate, sendo 8 no grupo livre de opioide e 13 no grupo com opioide ($p = 0,021$). **Conclusões:** No grupo de pacientes avaliados, a técnica de anestesia livre de opioide se associou a uma redução de náuseas, vômitos, íleo e consumo de opioides no pós-operatório quando comparada à técnica padrão de anestesia balanceada com o uso de opioides.

Palavras-chave: HIPEC, opioide livre.

REFERÊNCIAS

1. Lorimier G, Seegers V, Coudert M, et al. Prolonged perioperative thoracic epidural analgesia may improve survival after cytoreductive surgery with hyperthermic intraperitoneal chemotherapy for colorectal peritoneal metastases: a comparative study. *Eur J Surg Oncol*. 2018;44(11):1824-31. <http://doi.org/10.1016/j.ejso.2018.08.012> PMID:30213715.
2. Guay J, Nishimori M, Kopp SL. Epidural local anesthetics versus opioid-based analgesic regimens for postoperative gastrointestinal paralysis, vomiting, and pain after abdominal surgery: a cochrane review. *Anesth Analg*. 2016;123(6):1591-602. <http://doi.org/10.1213/ANE.0000000000001628> PMID:27870743.
3. Olausson A, Svensson CJ, Andréll P, Jildenstål P, Thörn S-E, Wolf A. Total opioid-free general anaesthesia can improve postoperative outcomes after surgery, without evidence of adverse effects on patient safety and pain management: a systematic review and meta-analysis. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2022;66(2):170-85. <http://doi.org/10.1111/aas.13994> PMID:34724195.

1877 MANEJO ANESTÉSICO EM PACIENTE COM ANEURISMA CEREBRAL PORTADOR DE SITUS INVERSUS TOTALIS

YALLY DAYANNE OLIVEIRA FERREIRA, FELIPE LORENSINI GIANNI, MILTON BUENO DE ARRUDA JUNIOR, RENATO MACEDO TEIXEIRA DE QUEIROZ

SANTA CASA DE MISERICORDIA JAÚ, JAÚ, SP, BRASIL

Introdução: Situs inversus totalis (SIT) é uma alteração congênita rara, caracterizada pelo desenvolvimento das vísceras no lado oposto de sua topografia. O SIT é designado quando a alteração surge com dextrocardia – ápice cardíaco voltado para a direita. Sua incidência não é bem estabelecida, sendo algo em torno de 0,002 a 0,01% na população. A hemorragia subaracnóidea (HSA) aneurismática causa 3-5% de todos os acidentes vasculares cerebrais agudos. Destes, 80% são causados pela ruptura de um aneurisma sacular intracraniano. Relata-se aqui um caso de SIT em paciente submetido a tratamento endovascular de aneurisma cerebral, sendo pouco descrito na literatura, e a alteração espacial do arco aórtico e troncos supra-aórticos torna o manejo endovascular mais desafiador. **Relato do caso:** A.G.D.S., sexo masculino, 64 anos, 71 kg, apresentou cefaleia súbita, evoluindo com rigidez nucal. Apresentava-se com 15 pontos na Escala de Coma de Glasgow, com exame neurológico normal, exceto pelos sinais de rigidez meníngea com cervicálgia. O paciente foi submetido à tomografia computadorizada (TC) de crânio, evidenciando HSA Fisher IV. Foi realizada TC de tórax e de abdome, com indicação do diagnóstico de SIT, demonstrando uma dextrocardia e uma inversão visceral esquerda-direita. O paciente foi submetido a uma angiografia cerebral diagnóstica, a qual indicou um aneurisma sacular favorável para tratamento endovascular. Optou-se por anestesia venosa total, então foi iniciada a infusão venosa alvo-controlada de propofol 1%, segundo modelo de Schnider, entre 0,6 e 1 µg/mL e, após 5 minutos, foi iniciado o remifentanil, segundo modelo de Minto, entre 0,2 e 0,4 ng/mL. Sob heparinização plena, o cateterismo foi realizado e mostrou-se desafiador por causa do SIT. Por fim, foi realizada a oclusão do saco aneurismático, sem intercorrências. O paciente foi encaminhado para a unidade de terapia intensiva e recebeu alta após 72 horas e alta hospitalar no 14º dia de internação sem intercorrências. **Discussão:** As técnicas de anestesia geral devem ser escolhidas para permitir a manutenção da hemodinâmica adequada durante o procedimento e, assim, facilitar o rápido despertar e para possibilitar que a avaliação neurológica pós-procedimento seja realizada assim que possível. Há poucas evidências indicando que as técnicas intravenosas ou inalatórias sejam superiores. O adequado manejo anestésico, a monitorização hemodinâmica e a observação neurológica são essenciais para melhor recuperação motora e alta hospitalar precoce.

Palavras-chave: Situs inversus, aneurisma, manejo anestésico.

REFERÊNCIAS

1. Chakravarthi S, Oishi H, Yatomi K, Teranishi K. Pipeline embolization device implantation in large carotid cavernous aneurysm associated with situs inversus totalis. *Interv Neuroradiol.* 2019;25(4):434-7. <http://doi.org/10.1177/1591019919834628> PMID:30895840.
2. Long T, Xu Q, Chen X, Ma Y, He Y, Rao J. Interventional treatment of basilar trunk artery aneurysms associated with situs inversus totalis: a case report. *Front Surg.* 2022;9:971340. <http://doi.org/10.3389/fsurg.2022.971340> PMID:36111235.

1879 PERIDURAL ANALGÉSICA PARA TRATAMENTO DE FRATURAS MÚLTIPLAS POR VERTEBROPLASTIA PERCUTÂNEA EM IDOSO RELATO DE CASO

ISABELA CAMPOS RAMALHO, ANA LUIZA MAURICIO LEITE BARREIROS, GUALTER LISBOA RAMALHO, LETICIA GOMES FÉLIX DA SILVA, RAFAEL VICTOR MOITA MINERVINO

FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE, JOÃO PESSOA, PB, BRASIL

Introdução: A vertebroplastia percutânea consiste na administração guiada por radioscopia de cimento ósseo no corpo da vértebra fraturada. Objetiva promover analgesia e estabilizar a fratura, prevenindo o colapso da vértebra e cifose pós-traumática. As técnicas anestésicas mais comuns são: anestesia local associada à sedação e anestesia geral (AG), as quais apresentam limitações em idosos, com dor significativa e/ou condições clínicas desfavoráveis. A AG pode aumentar a permanência na URPA e, por causa do risco pulmonar pós-operatório, ampliar o tempo de internação hospitalar, elevando os custos. O presente caso relata a escolha da anestesia peridural com ênfase em suas vantagens na vertebroplastia, em especial em pacientes idosos com comorbidades. A raquianestesia, em razão das múltiplas fraturas neste caso, incluindo níveis torácicos, e da necessidade da imediata avaliação motora após o procedimento, apresenta limitações. **Relato do caso:** M.H.A., sexo feminino, 71 anos, ASA II (HAS), 1,55 m e 50 kg, foi submetida a tratamento cirúrgico de fratura de vértebra (D3, D5, D7, D8, D12 e L1). A paciente foi posicionada em decúbito lateral esquerdo (DLE), com punção peridural realizada entre D7-D8, confirmada por radioscopia. Após a monitorização com ECG, oximetria de pulso e PNI, procedeu-se à venóclise com cateter nº 20, seguida por sedação leve com fentanil 25 ug e midazolam 1 mg. A punção peridural simples foi precedida por anestesia local com lidocaína 1% e realizada em DLE, com teste de Dogliotti positivo, aspiração negativa para sangue e liquor. Foi utilizada uma dose teste, seguida por administração de solução com levobupivacaína 0,25% no total de 10 mL. A peridural utilizou menos anestésico local e atingiu nível sensitivo entre D4-L2. O procedimento foi realizado em decúbito ventral com auxílio da radioscopia, sem intercorrências. Sinais vitais se apresentaram estáveis na cirurgia, sem uso de medicações vasoativas. Ao final, com bloqueio motor zero, foi possível avaliar a motricidade preservada dos membros inferiores, o que contribuiu para a alta no mesmo dia. **Discussão:** A anestesia peridural é uma alternativa viável à AG no manejo de pacientes submetidos à vertebroplastia percutânea, em especial nos portadores de comorbidades pulmonares. São vantagens da peridural analgésica: controle mais eficiente da dor no perioperatório, menor requisição de analgésicos, redução do tempo de permanência na URPA e da internação hospitalar, menor incidência de náuseas e vômitos e redução do risco pulmonar no pós-operatório.

Palavras-chave: Idoso, vertebroplastia, anestesia peridural.

REFERÊNCIAS

1. Alfahel WS, Dabbous AS, Thompson ME. Epidural analgesia for percutaneous kyphoplasty in a patient with multiple medical comorbidities. *Avicenna J Med.* 2019;9(2):75-7. http://doi.org/10.4103/ajm.AJM_73_18 PMID:31143700.
2. Apan A, Cuvaş Apan Ö, Köse EA. Segmental epidural anesthesia for percutaneous kyphoplasty: comparison with general anesthesia. *Turk J Med Sci.* 2016;46(6):1801-7. <http://doi.org/10.3906/sag-1507-90> PMID:28081331.

1885 TÉCNICA ANESTÉSICA MULTIMODAL PARA CIRURGIA INTRAUTERINA DE CORREÇÃO DE MIELOMENINGOCELE FETAL: SÉRIE DE CASOS

MARIANA DINAMARCO MESTRINER, ARTHUR ANTUNES PRADO, FELIPE COELHO CASSIS, JOÃO ABRÃO, SERGIO MARIANO ZUAZO

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

Introdução: A mielomeningocele fetal (MMC) é a mais prevalente malformação neurológica congênita compatível com a vida. Manifesta-se frequentemente com herniação de estruturas da fossa posterior, obstrução da drenagem liquórica e hidrocefalia - Síndrome de Arnold-Chiari tipo 2. Está associada ao aumento da mortalidade e prejuízo do desenvolvimento neurocognitivo fetal e pós-natal, sendo a cirurgia preconizada para reduzir a morbidade a médio e longo prazos. Diante da falta de evidência científica acerca da segurança do uso de halogenados na gestação, foi elaborada uma abordagem multimodal que permitiu reduzir a dose de inalatórios. **Descrição da série:** Foram incluídas 6 pacientes com diagnóstico de Arnold-Chiari tipo 2 submetidas à correção intrauterina entre a 21^a e a 26^a semana de gestação. Todas receberam anestesia geral balanceada com passagem de cateter peridural para manejo algico pós-operatório. Foi administrada dose de ataque MgSO₄ 2g IV na indução e manutenção anestésica a partir de uso contínuo de sevoflurano em dose baixa (≤ 1 CAM), infusão contínua de remifentanil (0,3 mcg.kg.min) e de MgSO₄ (2g.h). Essa estratégia permitiu um bom relaxamento uterino sem necessidade de doses incrementais de halogenados ou administração de uterolíticos de resgate. A vitalidade fetal foi acessada no intraoperatório de modo intermitente, sem bradicardias fetais. As pacientes foram encaminhadas à sala de recuperação pós-anestésica para observação clínica, manejo tocolítico e analgésico. Não foram observadas complicações obstétricas no restante da gestação de 5 pacientes, submetidas à cesárea a partir da 37^a semana de gestação. Uma paciente ainda estava em período gestacional. **Discussão:** O sucesso da correção de MMC fetal intraútero perpassa por condições cirúrgicas ideais e pelo bom desenvolvimento intrauterino pós-operatório, prioridades no planejamento anestésico. A adequada atonia uterina é crucial, pois permite melhor exposição cirúrgica com menores histerotomias, reduzindo o risco de parto pré-termo. Historicamente, altas doses de halogenados (2-3 CAMs) eram utilizadas com esta finalidade. Entretanto, estudos recentes sugerem que o uso destes anestésicos durante a gestação esteja associado à neuroapoptose fetal. Em contrapartida, remifentanil e sulfato de magnésio demonstraram ser alternativas relativamente seguras para produzir atonia uterina, em associação a doses menores de inalatórios, como observado nos casos descritos nesta série.

Palavras-chave: Anestesia multimodal, anestesia fetal, mielomeningocele.

REFERÊNCIAS

1. Ferschl M, Ball R, Lee H, Rollins MD. Anesthesia for in utero repair of myelomeningocele. *Anesthesiology*. 2013;118(5):1211-23. <http://doi.org/10.1097/ALN.0b013e31828ea597> PMID:23508219.
2. 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://doi.org/10.1159/000509384> PMID:32911467.

1890 ANESTESIA PARA ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL EM PACIENTE CARDIOPATA GRAVE COM CONTRAINDICAÇÃO DE BLOQUEIO NEUROAXIAL

WEBER ELIAS DE CARVALHO, GABRIELA DA SILVA MACHADO, ISABELLA RODRIGUES REIS, JOÃO PAULO JORDÃO PONTES, LEONARDO BERNARDES VIEIRA

CET INTEGRADO DE UBERLÂNDIA – MG - HOSPITAL SEDE: HOSP.STA.GENOVEVA DE UBERLÂNDIA – MG, UBERLÂNDIA, MG, BRASIL

Introdução: Pacientes vítimas de fraturas de quadril possuem altas taxas de complicação, as quais aumentam na presença de múltiplas comorbidades. Nesses casos, as abordagens multimodais são recomendadas para melhor controle da dor sem os efeitos colaterais graves dos opioides e AINEs após a cirurgia, além da monitorização intensiva. O bloqueio de compartimento de fáscia ilíaca é uma alternativa aos bloqueios neuroaxiais e possui analgesia unilateral adequada com menos efeitos adversos. **Relato de caso:** Paciente masculino, 77 anos, P4, hipertenso, tabagista, história prévia de revascularização miocárdica e infarto agudo do miocárdio, em uso de marca-passo, insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida e doença renal crônica. Foi internado por causa de fratura de colo de fêmur esquerdo associada a um hematoma subdural drenado durante a internação. Retornou depois de dois meses para realização de artroplastia total de quadril à esquerda. Fazia uso de clopidogrel e enoxaparina. Após monitorização convencional, monitorização de nível de consciência e pressão arterial invasiva, foi realizada indução alvo-controlada de remifentanil 2 ng.mL¹, etomidato 0,2 mg/kg e rocurônio 0,6 mg/kg. Após intubação, foi realizado bloqueio de compartimento de fáscia ilíaca guiado por USG com 30 ml de levobupivacaína a 0,25%. Foi feita punção de acesso central guiada por USG, mantida anestesia balanceada com sevoflurano 0,8%, opioide alvo-controlado 2 ng/mL e acompanhamento de profundidade anestésica com índice bispectral. O paciente manteve-se hemodinamicamente compensado durante todo o procedimento, em uso de dobutamina 2 mcg/kg/min e noradrenalina 0,01 mcg/kg/min. Após procedimento, o paciente foi extubado em sala, sem intercorrências e sem queixas algicas. Foi acompanhado para UTI para cuidado pós-operatório. **Discussão:** A fratura de quadril acomete idosos com múltiplas comorbidades, podendo, assim, apresentar contra-indicações de técnicas ou medicamentos. Em pacientes com cardiopatia associada, o risco de complicação é ainda maior, destacando a isquemia miocárdica e a descompensação da insuficiência cardíaca prévia. Dessa forma, controle hemodinâmico guiado por monitorização invasiva, analgesia multimodal poupadora de opioides e uso de fármacos com rápida recuperação titulados pelo nível de consciência são a chave para garantir um desfecho favorável em um paciente de alto risco.

Palavras-chave: Bloqueio nervoso, artroplastia de quadril, cardiopatia grave.

REFERÊNCIAS

1. Roche JJW, Wenn RT, Sahota O, Moran CG. Effect of comorbidities and postoperative complications on mortality after hip fracture in elderly people: prospective observational cohort study. *BMJ*. 2005;331(7529):1374. <http://doi.org/10.1136/bmj.38643.663843.55> PMID:16299013.
2. Singelyn FJ, Ferrant T, Malisse MF, Joris D. Effects of intravenous patient-controlled analgesia with morphine, continuous epidural analgesia, and continuous femoral nerve sheath block on rehabilitation after unilateral total-hip arthroplasty. *Reg Anesth Pain Med*. 2005;30(5):452-7. <http://doi.org/10.1097/00115550-200509000-00006> PMID:16135349.

1896 ABORDAGEM DE VIA AÉREA EM ADULTO COM SEQUELAS DE ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL

THATIANE NOEL, ALBERTO VIEIRA PANTOJA, LEANDRO JACOMO MARIA, MARCO ANTÔNIO CARDOSO DE RESENDE

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

Introdução: O termo artrite idiopática juvenil (AIJ) descreve um grupo heterogêneo de artrites iniciadas até os 16 anos. A AIJ pode acometer severamente as articulações, atrofiando-as. O manejo anestésico desses pacientes é um desafio por causa de uma via aérea potencialmente difícil. Apresenta-se aqui o caso de uma paciente com severas sequelas de AIJ em razão de pneumoperitônio. **Relato de caso:** Paciente feminina, 42 anos, 20 kg e 90 cm, com diagnóstico de AIJ com 2 anos de idade, evoluiu com atrofia de membros e extrema baixa estatura. Foi admitida na unidade por causa de dor abdominal, com evidência de pneumoperitônio em tomografia. Apresentou-se no centro cirúrgico em grave estado geral, taquicárdica, hipotensa, taquipneica e com rebaixamento do nível de consciência, classificada como ASA IIIIE. Houve monitorização com SpO₂, PANI, cardioscópio e EtCO₂. Ocorreu punção com J22G e foi iniciada hidratação. Não houve sucesso na punção para PAI. Foi feita pré-oxigenação por máscara facial e posicionamento da paciente com coxins interescapulares e suboccipitais. Apresentou importante déficit na extensão e flexão da cabeça, pectus carinatum, boca pequena e com abertura < 2 cm, Mallampati IV. Foi iniciada fenilefrina em BIC 1 mcg/kg/min. A indução foi realizada com cetamina 2,5 mg/kg isoladamente, seguida de IOT com lâmina 3 e auxílio de bougie, Cormack 3B, tubo 6,5 com cuff. Após punção de veia jugular interna com auxílio de USG, foi iniciada noradrenalina 0,1 a 0,5 mcg/kg/min. O ato cirúrgico ocorreu sem intercorrências, com desmame de vasopressores, e a paciente foi encaminhada ao CTI ainda em ventilação mecânica. Foi extubada 7 dias depois e recebeu alta 26 dias após a cirurgia. **Discussão:** Diante de um paciente portador de AIJ, é fundamental antever a possibilidade de VAD. O acometimento de articulações temporomandibulares, a redução da abertura da boca e a rigidez cervical podem dificultar a IOT. A laringe é alterada em cerca de 80% dos pacientes e pode haver disfunção das cricoaritenoides e das pregas vocais durante a inspiração. No caso apresentado, a manifestação precoce da AIJ causou deformidades importantes na anatomia do esqueleto axial e, conseqüentemente, na via aérea da paciente. Ainda que em situação de urgência e na indisponibilidade de videolaringoscópio, o eficiente posicionamento e o auxílio de bougie ainda são grandes aliados na abordagem de VAD.

Palavras-chave: Manuseio das vias aéreas, artrite juvenil, quetamina.

REFERÊNCIAS

1. Aires RB, Carvalho JF, Mota LMH. Avaliação anestésica pré-operatória de pacientes com artrite reumatoide. Rev Bras Reumatol. 2014;54(3):213-9. <http://doi.org/10.1016/j.rbr.2013.08.002> PMID:25054599.
2. Torres MGG, Campos PSF, Nascimento RJM. O envolvimento da articulação temporomandibular na artrite reumatóide. Rev Ciênc Méd Biol. 2011;10(3):310-6. <http://doi.org/10.9771/cmbio.v10i3.5895>.
3. Midega TD, Chaves RCF, Ashihara C, et al. Ketamine use in critically ill patients: a narrative review. Rev Bras Ter Intensiva. 2022;34(2):287-94. <http://doi.org/10.5935/0103-507X.20220027-en> PMID:35946660.

1903 BLOQUEIO PREEMPTIVO DO GÂNGLIO ESFENOPALATINO DEVIDO À PUNÇÃO ACIDENTAL DA DURA-MÁTER. RELATO DE CASO

GABRIEL JUAN KETTENHUBER COSTA, EDUARDO JORGE YAMADA, GUILHERME BARASUOL ROHDEN, KARINE BEDIN, NATÁLIA DA SILVEIRA COLISSI

CET PROF.MANOEL ALVAREZ – UFSM - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL UNIVERSITARIO – UFSM, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

Introdução: A punção peridural acidental da dura-máter pode resultar em cefaleia de forte intensidade. O tratamento inicial consiste em cafeína, hidratação venosa e repouso. Na presença de cefaleia incapacitadora, realiza-se tampão peridural sanguíneo. Uma alternativa é o bloqueio do gânglio esfenoalpatino, menos invasivo e mais rápido. **Relato de caso:** Aprovação pelo CEP da UFSM por meio do processo CAAE 73746823.5.0000.5346, seguindo a diretriz CARE. O TLCE foi assinado. A paciente submetida à laparotomia exploradora por causa suspeita de cisto ovariano infectado e aderências por endometriose. Anestesia planejada: bloqueio peridural com cateter e sedação venosa. Foram realizadas duas tentativas de punção peridural. Na terceira tentativa, houve extravasamento de grande quantidade de líquido (cerca de 10 mL), com suspeita de vazamento de lidocaína a 1,0% sem vasoconstritor utilizada para analgesia da pele. Após confirmação de se tratar de líquido cefalorraquidiano, foi realizada TIVA. Durante o intraoperatório, foi realizado bloqueio preemptivo do gânglio esfenoalpatino. Após 2 horas de observação na SRPA, foi liberada para a enfermaria, sendo orientada a manter-se deitada por 8 horas. Não apresentou queixa de cefaleia no pós-operatório, recebendo alta hospitalar 4 dias após a cirurgia. Nas consultas ambulatoriais depois da cirurgia, não relatou qualquer queixa de cefaleia (2 semanas, 3 meses e 5 meses). **Discussão:** A punção acidental da dura-máter durante a anestesia peridural pode acarretar perda de líquido cefalorraquidiano através do pertuito formado, causando cefaleia. Assim, o bloqueio parassimpático causado pelo bloqueio do gânglio esfenoalpatino reverte vasodilatação cerebral, diminuindo a cefaleia. Em uma série de casos, é descrito o alívio total da cefaleia pós-punção dural 1 hora após o bloqueio do gânglio esfenoalpatino em quatro pacientes. **Conclusão:** A realização do bloqueio preemptivo após punção acidental da dura-máter pode evitar a ocorrência de cefaleia pós-punção dural.

Palavras-chave: Bloqueio do gânglio esfenoalpatino, cefaleia pós-punção dural, raquianestesia.

REFERÊNCIAS

1. Plewa MC, McAllister RK. Postdural puncture headache. Treasure Island: StatPearls Publishing; 2023.
2. Furtado I, Lima IF, Pedro S. Ropivacaine use in transnasal sphenopalatine ganglion block for post dural puncture headache in obstetric patients - case series. Braz J Anesthesiol. 2018;68(4):421-4. <http://doi.org/10.1016/j.bjane.2017.11.007> PMID:29402441.

1905 MANEJO ANESTÉSICO EM HEMIPELVECTOMIA INTERNA TIPO IV

EDUARDO MELO RODRIGUES DE ALMEIDA, AMÉRICO SALGUEIRO AUTRAN NETO, ANGELO JORGE DE QUEIROZ RANGEL MICUCI, FERNANDA DE LUNA RODRIGUES DAGER FREIRE, LAIS MARTINS NOGUEIRA

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

Introdução: A hemipelvectomia (HP) é uma cirurgia ortopédica oncológica de grande porte indicada no tratamento de sarcomas ósseos ou de partes moles da pelve ou terço proximal da coxa. A abordagem pode ser externa com amputação (HPE) ou interna com preservação de membro (HPI), com ou sem reconstrução de pelve. A HPI pode envolver ressecção ilíaca (tipo I), periacetabular (tipo II), púbica (tipo III), sacral (tipo IV) ou combinações. **Caso:** L.M.S.S., sexo feminino, 70 anos, portadora de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus tipo 2. Fazia uso de anlodipino, candesartana, hidroclorotiazida, metformina, gliclazida, ácido acetilsalicílico, codeína e trazodona. Apresentou lesão em membro inferior esquerdo acometendo a região posterior do sacro e articulação sacroilíaca. Foi submetida à HPI esquerda tipo IV. Foram puncionados dois acessos periféricos 14G e 16G, veia jugular interna e artéria radial, acoplado índice bispectral e realizada monitorização hemodinâmica com Vigileo para reposição de fluidos guiada por variação de volume sistólico. Foi realizada anestesia geral balanceada com fentanil 200 mcg, lidocaína 80 mg, propofol 100 mg e rocurônio 50 mg IV na indução anestésica. Ocorreu manutenção com sevoflurano e analgesia intraoperatória com ropivacaína 0,5% 4 ml via cateter peridural e cetamina em bolus horário de 10 mg. Foi necessária a infusão contínua de noradrenalina a 0,1 mcg/kg/min para manutenção hemodinâmica após 60 minutos de cirurgia. Houve profilaxia de hemorragia com ácido tranexâmico 1 g no início da cirurgia e 1 g após saída da hemipelve. Foram transfundidos 3 concentrados de hemácias (CH) e infusão total de 5.500 mL de cristaloides ao longo de 370 minutos de cirurgia, com posterior alta ao CTI após extubação, ainda dependente de amina. Foi postergada a anticoagulação profilática por 48h por causa de sangramento em dreno com ocorrência de trombose venosa profunda no 3º dia pós-operatório e óbito por tromboembolismo pulmonar no 5º dia. **Discussão:** A hemipelvectomia apresenta desafios anestésicos próprios quanto ao manejo da hidratação venosa, uso de hemocomponentes e complicações pós-operatórias, como infecção de sítio cirúrgico, dor de difícil controle e tromboembolismo. Na maior série de casos de HP, houve predileção por anestesia geral combinada com epidural e valores médios de 300 minutos de cirurgia, uso de 8.500 mL de cristaloides, 7 CH e 4 PFC. Na HPI com reconstrução pélvica, em específico, espera-se maior tempo cirúrgico e requisição de fluidos.

Palavras-chave: Hemipelvectomia, tumor de partes moles, sarcoma ósseo.

REFERÊNCIAS

1. Molnar R, Emery G, Choong PF. Anaesthesia for hemipelvectomy--a series of 49 cases. *Anaesth Intensive Care*. 2007;35(4):536-43. <http://doi.org/10.1177/0310057X0703500412> PMID:18020072.
2. Couto AG, Araújo B, Torres de Vasconcelos RA, Renní MJ, Da Fonseca CO, Cavalcanti IL. Survival rate and perioperative data of patients who have undergone hemipelvectomy: a retrospective case series. *World J Surg Oncol*. 2016;14(1):255. <http://doi.org/10.1186/s12957-016-1001-7> PMID:27716330.

1906 ABORDAGEM ANESTÉSICA EM TIREOIDECTOMIA TOTAL DE PACIENTE COM LESÃO PRÉVIA DE NERVO LARÍNGEO RECORRENTE: RELATO DE CASO

MARIAM LIDEMYS MARIN MONTEJO, CAROLINE OLINDA DE SOUZA PITOLI, DAIANA CLARA BUENO DE SOUSA BRANDÃO BARROSO, MIRLANE GUIMARÃES DE MELO CARDOSO

FUNDAÇÃO CENTRO DE CONTROLE DE ONCOLOGIA DO ESTADO DO AMAZONAS, MANAUS, AM, BRASIL

Introdução: As cirurgias oncológicas de cabeça e pescoço constituem grandes desafios à manipulação das vias aéreas, principalmente por causa da dificuldade na ventilação com máscara e na intubação orotraqueal. O nervo laríngeo recorrente (NLR) é um dos mais importantes da laringe, encarregado da inervação abaixo das pregas vocais e todos os músculos intrínsecos da laringe. As lesões neste nervo podem ocorrer durante este tipo de cirurgia, especialmente em tireoidectomias. O objetivo deste relato é descrever a abordagem anestésica de paciente com lesão de nervo laríngeo recorrente após tireoidectomia total. **Caso clínico:** Paciente feminina, 71 anos, 84 kg, 145 cm, ASA II, hipertensa, obesa, ex-tabagista, Mallampati II, distância tireomentoniana > 6 cm e interincisiva maior que 3 cm. Foi submetida a 2 horas de anestesia geral balanceada para tireoidectomia total. A intubação orotraqueal (IOT) ocorreu sem intercorrências, e a paciente foi mantida com sevoflurano 2%. Foi realizada morfina 6 mg endovenosa e infiltração com levobupivacaína 0,5% 10 ml em ferida operatória como analgesia pós-operatória. Após administração endovenosa de 200 mg de sugamadex, foi extubada. Evoluiu com estridor laríngeo, taquidispneia, retração de fúrcula esternal e dessaturação. Foi realizada nova indução e IOT sem intercorrências. Foi realizada traqueostomia em sala. Na Unidade de Cuidados Intensivos, a paciente teve evolução favorável, ficando eupneica em ar ambiente aos 3 dias de internação e com abordagem multidisciplinar. **Discussão:** Evidências científicas têm destacado que a presença de lesão no NLR pode dificultar o procedimento anestésico, tendo em vista que o paciente nesta condição pode evoluir, quando a lesão é bilateral, com estridor laríngeo, dispneia, obstrução respiratória, incapacidade ventilatória e hipóxia com risco de parada cardiorrespiratória. Esta situação catastrófica deve ser detectada antes que o paciente tenha alta do bloco operatório para que seja realizada a traqueostomia em tempo hábil. Casos com obstruções das vias aéreas por causa da presença de lesão no NLR representam um grande desafio ao anestesiológico, pois ela dificulta a laringoscopia e eventual reintubação do paciente, sobretudo em razão de alterações anatômicas nas vias aéreas superiores.

Palavras-chave: Paralisia de nervo laríngeo recorrente, tireoidectomia.

REFERÊNCIAS

1. Karakış A, Tapar H, Özsoy Z, et al. Eficácia analgésica perioperatória do bloqueio bilateral do plexo cervical superficial em pacientes submetidos à tireoidectomia: estudo clínico randomizado. Rev Bras Anesthesiol. 2019;69(5):455-60. <http://doi.org/10.1016/j.bjan.2019.06.013>.
2. Siqueira TF, Cataneo AJM. Monitorização do nervo laríngeo recorrente em tireoidectomias: revisão sistemática e meta-análise [dissertação]; 2018 [citado em 2023 Ago 4]. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/154803>.

1907 USO DA PERIDURAL TORÁCICA ISOLADA PARA GASTROSTOMIA EM PACIENTE COM CONTRA INDICAÇÃO ABSOLUTA A IOT

THATIANE NOEL, ALBERTO VIEIRA PANTOJA, ELISA DE CASTRO FIGUEIREDO, MARCO ANTÔNIO CARDOSO DE RESENDE

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

Introdução: Os avanços na prática médica propiciam o aumento da sobrevida dos pacientes, incluindo os diagnosticados com neoplasias em fases avançadas ou terminais. Submeter esses pacientes a anestesia envolve análise criteriosa da sua condição hemodinâmica, estado nutricional, entre outros. Nesse cenário, é possível lançar mão de técnicas anestésicas em contextos pouco usuais. Apresenta-se aqui o caso de um paciente com contraindicação absoluta para IOT por causa de compressão de traqueia submetido à gastrostomia. **Relato de caso:** Paciente masculino, 65 anos, 50 kg e 1,67 m de altura, com diagnóstico de CEC de esôfago localmente avançado (invasão cervical), evoluindo com obliteração esofagiana completa e compressão e desvio de traqueia. Foi indicada gastrostomia para nutrição e início de quimioterapia. Estava em mau estado geral, consumido, dispneia aos médios esforços por obstrução de VAS. Apresentava massa cervical à direita. A monitorização foi realizada com cardioscópio, PNI e oxímetro. Punção J20G em MSE e administração de ondansetrona, dexametasona, dipirona, cefazolina e cetorolaco. Foi puncionado espaço peridural entre T8 e T9, com passagem de cateter peridural, e administrados 15 ml de ropivacaína a 0,5% durante o procedimento de forma titulada. Ficou em suporte de O2 por máscara de Hudson a 5 L/min. O procedimento se deu sem intercorrências e sem queixas algícas do paciente. O cateter peridural foi retirado antes da alta para a enfermaria. **Discussão:** A busca da melhor técnica anestésica de acordo com a cirurgia e a condição hemodinâmica do paciente é um dos desafios impostos ao anestesiológico. A confecção de gastrostomia é usualmente realizada por meio anestesia geral, com fins de garantir, além da analgesia, o relaxamento e melhor campo operatório. Em condições atípicas, como a impossibilidade de abordagem de via aérea, foi necessário envolvimento da equipe multidisciplinar e compreensão do paciente para a realização do procedimento de forma não habitual. Apesar do quadro clínico pouco favorável, a abordagem individualizada do paciente foi essencial para o sucesso do procedimento.

Palavras-chave: Anestesia epidural, carcinoma de células escamosas, relato de caso.

REFERÊNCIAS

1. Hobaika AB, Neves BS. Combined spinal-epidural block in a patient with amyotrophic lateral sclerosis: case report. *Braz J Anesthesiol.* 2009;59(2):206-9. <http://doi.org/10.1590/S0034-70942009000200008> PMID:19488532.
2. Imbelloni LE, Fornasari M, Fialho JC. Combined spinal epidural anesthesia during colon surgery in a high-risk patient: case report. *Braz J Anesthesiol.* 2009;59(6):741-5. [http://doi.org/10.1016/S0034-7094\(09\)70099-6](http://doi.org/10.1016/S0034-7094(09)70099-6) PMID:20011864.
3. Perivoliotis K, Sarakatsianou C, Georgopoulou S, Tzovaras G, Baloyiannis I. Thoracic epidural analgesia (TEA) versus patient-controlled analgesia (PCA) in laparoscopic colectomy: a systematic review and meta-analysis. *Int J Colorectal Dis.* 2019;34(1):27-38. <http://doi.org/10.1007/s00384-018-3207-3> PMID:30519843.

1909 CUIDADOS PERIOPERATÓRIOS EM PARATIREOIDECTOMIA EM PACIENTE PORTADORA DE PORFIRIA AGUDA INTERMITENTE

WEBER ELIAS DE CARVALHO, JOÃO PAULO JORDÃO PONTES, LUCAS GARCIA ROCHA, PABLINE VANIN CLAUDINO

CET INTEGRADO DE UBERLÂNDIA-MG, UBERLÂNDIA, MG, BRASIL

Introdução: No manejo anestésico de um paciente portador de porfiria aguda intermitente, é fundamental evitar gatilhos que possam desencadear uma crise aguda, como estresse, dor, mudanças bruscas de temperatura, jejum prolongado, distúrbios hidroeletrólíticos e algumas medicações. Além disso, a terapêutica de suporte com hemina deve ter sua administração pré-operatória considerada, afinal, nesse período, o paciente está altamente suscetível a esses fatores desencadeantes. **Relato de caso:** Paciente feminina, 61 anos, 74 kg, P2, portadora de porfiria aguda intermitente, vitiligo, hipotireoidismo, dislipidemia e hiperparatireoidismo por causa de adenoma duplo de paratireoide com indicação de ressecção. Em acompanhamento conjunto com médico especialista, foram listadas medicações prescritas e administrada hemina 1 mg/kg no dia anterior à cirurgia, além de realizada punção de acesso venoso central para infusão da medicação, com dificuldade de acesso venoso periférico. Durante jejum pré-operatório, foi efetuado aporte calórico endovenoso de glicose 300 g/dia. No dia do procedimento, após monitorização convencional e do nível de consciência, e avaliação da glicemia, foi realizada indução anestésica com fentanil 3 mcg/kg e propofol 2 mcg/kg e succinilcolina 1 mg/kg endovenosos em bolus. Foi mantida anestesia balanceada com remifentanil alvo-controlado 2 ng/mL, sevoflurano 0,8%, e propofol 2 µg.mL, com acompanhamento de profundidade anestésica guiada por índice bispectral. Após procedimento, a paciente foi extubada em sala, sem intercorrências, e acompanhada para UTI para cuidados pós-operatórios. **Discussão:** Para evitar um quadro agudo grave dessa patologia, algumas medidas devem ser tomadas em todas as fases do perioperatório. Durante a avaliação pré-anestésica, é necessário avaliar o controle da doença, considerar o acompanhamento do especialista e reduzir fatores de risco que podem estar presentes durante o pré-operatório. No intraoperatório, a atenção se volta às medicações que podem ser utilizadas e à garantia de uma sedação e analgesia adequada. No pós-operatório, além do controle algico, é importante avaliar as consequências do ato cirúrgico. A paratireoidectomia pode causar distúrbios hidroeletrólíticos relacionados ao metabolismo do cálcio, podendo predispor uma crise.

Palavras-chave: Paratireoidectomia, porfiria aguda intermitente, cuidados perioperatórios.

REFERÊNCIAS

1. Serna JT, Bayo LB, Martínez SR. Porfirias y anestesia. Breve revisión. Atalaya Médica Turolense. 2022;24:5-12.
2. Gonçalves MDC, Rodrigues ASS. Cirurgia do hiperparatireoidismo. Rev Col Bras Cir. 2002;29(3):166-76. <http://doi.org/10.1590/S0100-69912002000300008>.

1914 ANESTESIA EM PACIENTE COM SÍNDROME DA PESSOA RÍGIDA.

THATIANE NOEL, ALBERTO VIEIRA PANTOJA, MARCELO ZYLBERBERG, MARCO ANTÔNIO CARDOSO DE RESENDE

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

Introdução: A síndrome da pessoa rígida (SPR) é uma doença autoimune rara que afeta 1 em cada 1 milhão de pacientes. É caracterizada por rigidez muscular grave no tronco e extremidades e espasmos dolorosos, associada a episódios de fraqueza no pós-operatório. Será apresentado o caso de paciente submetida à videolaparoscopia, em que foi utilizada anestesia venosa total associada a TAP block bilateral. **Relato de caso:** Paciente feminina, 24 anos, 20 kg e 1,10 m de altura, com diagnóstico de diabetes insipidus nefrogênico desde a infância, internada com paraparesia espástica de membros e estrabismo convergente. Houve piora do quadro neurológico e a paciente foi traqueostomizada, então foram realizados ENMG e dosagem de anticorpos para o diagnóstico. Apesar da melhora após o início do tratamento de SPR, evoluiu com dor abdominal e suspeita de apendicite. Acamada, caquética ao exame e com grave rigidez em coluna lombar e membros inferiores, foi classificada como ASA IIIIE. Estava em uso de baclofeno, gabapentina, fluoxetina, levotiroxina e hidroclorotiazida. Com acesso venoso, recebeu hidratação inicial de 1 L de SF 0,9%. Após monitorização com SpO₂, PNI, cardioscópio e EtCO₂, não houve sucesso na punção invasiva para PAM. Foi realizada pré-oxigenação por meio da cânula de traqueostomia e iniciada infusão de remifentanil e propofol alvo-controlado, e cetamina 0,15 mg/kg. Apesar do bom padrão ventilatório e com FiO₂ de 0,4, para melhor campo cirúrgico foi administrado rocurônio. Manteve estabilidade hemodinâmica no perioperatório. Recebeu analgesia pós-operatória com ropivacaína em TAP block bilateral, dipirona e ceterolaco. Após uso de sugamadex, permaneceu com oxigênio suplementar sob máscara e foi transferida para UTI, sem sinais de dor ou fraqueza muscular. **Discussão:** A SPR é uma doença rara com longo caminho para completa compreensão da sua fisiopatologia e interações farmacológicas. Há na literatura alguns relatos de fraqueza muscular pós-procedimento cirúrgico, ainda sem elucidação de causa. A possível relação entre o uso de baclofeno e agentes inalatórios é citada, bem como se suspeita do papel do bloqueador neuromuscular nesse contexto. No caso apresentado, o uso de TIVA associado ao TAP block se mostrou seguro para a condução do paciente. Agentes inalatórios foram evitados e, apesar da administração de rocurônio, o paciente não apresentou sintomas evolutivos de fraqueza muscular.

Palavras-chave: Doenças autoimunes, interações medicamentosas, debilidade muscular.

REFERÊNCIAS

1. Yagan O, Özyılmaz K, Özmaden A, Sayin Ö, Hanci V. Anesthesia in a patient with Stiff Person Syndrome. Braz J Anesthesiol. 2016;66(5):543-5. <http://doi.org/10.1016/j.bjane.2013.02.004> PMID:27591471.
2. Elsherbini N, Weingartshofer A, Backman SB. Postoperative hypotonia in a patient with stiff person syndrome: a case report and literature review. Can J Anaesth. 2022;69(11):1419-25. <http://doi.org/10.1007/s12630-022-02306-0> PMID:35986141.
3. Cassavaugh JM, Oravitz TM. Multiple anesthetics for a patient with stiff-person syndrome. J Clin Anesth. 2016;31:197-9. <http://doi.org/10.1016/j.jclinane.2016.02.003> PMID:27185709.

1915 PENG BLOCK, BLOQUEIO FEMORAL E RAQUIANESTESIA CONTÍNUA PARA TRATAMENTO DE FRATURA TRANSTROCANTÉERICA DE FÊMUR EM IDOSA: UM RELATO DE CASO

RAYANNE MAYARA SILVA DE OLIVEIRA VALGUEIRO DE ANDRADE, JOSÉ VINÍCIUS SILVA BEZERRA, LAURA BEATRIZ DE MESQUITA GOUVEIA, ROQUE RICARDO RODRIGUES SORIANO

CET HOSP.UNIV.PROF.ALBERTO ANTUNES - HOSPITAL SEDE: HOSP.UNIV.PROF.ALBERTO ANTUNES, MACEIÓ, AL, BRASIL

Introdução: A fratura de quadril é um evento comum com elevada morbimortalidade nos pacientes idosos. A raquianestesia contínua, associada a técnicas de bloqueio regional, proporciona um bom controle hemodinâmico no perioperatório; portanto, implementar um planejamento anestésico eficaz diminui consideravelmente a necessidade no resgate de opioides, bem como maior controle algico nessa população. **Relato de caso:** M.C.S., sexo feminino, 97 anos, 49 kg, IMC 21,7 kg/m², hipertensa, diabética, cardiopata com fração de ejeção de 40% pelo ecocardiograma transtorácico, ASA III, em tratamento para pneumonia comunitária. Foi internada para realização de cirurgia para tratamento de fratura transtrocantérica de fêmur esquerdo. Foi monitorizada com cardioscópio, oximetria de pulso, pressão arterial invasiva e não invasiva, acesso periférico com cateter 18G, em oxigenoterapia a 2 l/min. Inicialmente foi realizado PENG Block com 10 ml de lidocaína com vasoconstrictor a 1% e 10 ml de ropivacaína a 0,37%, visando ao conforto para posicionamento de raquianestesia, seguido de bloqueio femoral analgésico, ambos guiados por ultrassom. Após teste, foi submetida à raquianestesia contínua, via mediana, em espaço L3-L4, agulha Tuohy 18G e passagem de cateter 18G. Inicialmente, foram injetados 5 mg de bupivacaína hiperbárica e 60 mcg de morfina, com necessidade de repique de 2,5 mg de anestésico local no intraoperatório. Foi verificada a completa estabilidade hemodinâmica, não sendo necessário uso de vasopressor. Houve reposição volêmica com cristaloides no intraoperatório de 1.200 ml. Houve retirada do cateter após bom controle algico no pós-operatório imediato e a paciente foi encaminhada à UTI. Recebeu alta no 4º DPO, sem queixas algicas ou complicações. **Discussão:** A raquianestesia contínua é considerada uma técnica segura, promove maior duração do bloqueio bem como maior estabilidade hemodinâmica em cirurgias de grande porte para pacientes críticos. A técnica com uso de cateter permite a titulação de anestésico local, proporcionando diminuição dos efeitos deletérios comparados ao uso dos bloqueios de neuroeixo convencionais, que geralmente têm duração limitada e utilizam doses maiores de volume anestésico, piorando, assim, os efeitos hemodinâmicos. Diante disso, é de particular importância individualizar a técnica anestésica em pacientes idosos com alto risco cardiovascular, a fim de reduzir a incidência de complicações perioperatórias.

Palavras-chave: Anestesia regional, raquianestesia contínua, anestesia no idoso.

REFERÊNCIAS

1. Minville V, Fourcade O, Grousset D, et al. Spinal anesthesia using single injection small-dose bupivacaine versus continuous catheter injection techniques for surgical repair of hip fracture in elderly patients. *Anesth Analg.* 2006;102(5):1559-63. <http://doi.org/10.1213/01.ane.0000218421.18723.cf> PMID:16632842.

1922 MANEJO ANESTÉSICO DE REPARO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA AÓRTICO TORÁCICO ROTO

BRUNA DO NASCIMENTO VILLELA, CARLOS FREDERICO PANISSET LANHAS LA CAVA, DELANO ARRUDA ARAGÃO, FELLIPE KAIZER GALO PERUSSO, LIVIA CÂMARA ALVES

CET DR. AMÉRICO S. AUTRAN FILHO - H.F. LAGOA - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL FEDERAL DA LAGOA, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

Introdução: Com o advento da tecnologia endoluminal, o reparo endovascular da aorta torácica (TEVAR) emergiu como uma modalidade de tratamento menos invasiva para pacientes considerados inadequados para reparo cirúrgico aberto, com redução na morbidade e mortalidade. **Relato de caso:** Paciente masculino, 66 anos, com diagnósticos prévios de hipertensão, cardiopatia isquêmica com inserção de 3 stents há 4 anos e DRC em tratamento não dialítico, foi admitido com febre, tosse produtiva e dor torácica, com TC de tórax, evidenciando aneurisma sacular de artéria aorta descendente torácica roto com hemotórax parcial à direita. Foi indicado reparo endovascular em caráter de emergência, procedendo-se à punção de acessos venosos periféricos calibrosos, monitorização invasiva de pressão arterial e punção de VJID. Ocorreu intubação orotraqueal em sequência rápida com o uso de alfentanil, propofol, lidocaína e rocurônio, sem intercorrências. O controle hemodinâmico foi realizado por meio de noradrenalina 0,1-0,2 mcg/kg/min em bomba infusora, esmolol titulado e monitorização contínua de débito cardíaco com monitor não calibrado (Flo Trac Vigileo), além de mensuração de PVC. Foi inserida prótese aórtica ancorada aproximadamente 2 cm de artéria mesentérica superior com tempo cirúrgico aproximado em 2 horas. Mantida normotermia, com baixa perda sanguínea e infusão de 2.000 ml de cristaloides. Procedeu-se à drenagem de hemitórax direito com volume estimado de 1.000 ml. Foi realizado desmame de noradrenalina e extubação orotraqueal, e o paciente foi encaminhado à unidade de terapia intensiva hemodinamicamente estável e em ar ambiente, SpO₂ 95%. **Discussão:** O reparo endovascular do aneurisma torácico tornou-se o tratamento de escolha para dissecções agudas tipo B, reparo de aneurisma torácico complexo e lesões traumáticas agudas da aorta torácica. A anestesia geral é a técnica anestésica mais popular, porque garante proteção das vias aéreas, imobilidade e permite melhor vigilância hemodinâmica. Idealmente, o procedimento deve ser realizado com monitorização de potenciais evocados motores e somatossensoriais, úteis para o teste de integridade das vias medulares e sensíveis para a identificação de isquemia medular. Trata-se de uma complicação devastadora que pode resultar em paraplegia transitória ou permanente após esta abordagem cirúrgica. Como estratégia preventiva, são permitidos valores mais altos de pressão arterial média no intraoperatório, a fim de otimizar a pressão de perfusão da medula espinhal.

Palavras-chave: Reparo endovascular da aorta torácica (TEVAR).

REFERÊNCIAS

1. Cheruku S, Huang N, Meinhardt K, Aguirre M. Anesthetic management for endovascular repair of the thoracic aorta. *Anesthesiol Clin*. 2019;37(4):593-607. <http://doi.org/10.1016/j.anclin.2019.07.001> PMID:31677680.

1936 ABORDAGEM ANESTÉSICA EM CERVICOTOMIA COM RETIRADA DE CORPO ESTRANHO (ZARPÃO) + RAFIA DE VASO CERVICAL + DRENAGEM DE TORAX FECHADA A ESQUERDA: RELATO DE CASO

CAROLINE OLINDA DE SOUZA PITOLI, MARIAM LIDEMYS MARIN MONTEJO, MIRLANE GUIMARÃES DE MELO CARDOSO

SERVIÇO DE TERAPIA DA DOR E CUIDADOS PALIATIVOS DA FCECON, MANAUS, AM, BRASIL

Introdução: As cirurgias emergenciais de cabeça e pescoço constituem grandes desafios à manipulação das vias aéreas, realizadas pelo anestesiológico, principalmente no caso descrito a seguir. O corpo estranho é um acidente grave e potencialmente fatal, com gravidade dependente, principalmente, do grau de obstrução da via aérea. Caso ocorra uma obstrução total ou subtotal, especialmente de laringe ou traqueia, a asfixia pode rapidamente causar a morte. Discute-se aqui a importância do anestesiológico treinado para uma cirurgia de emergência, a partir de um procedimento anestésico, entre outras situações. O objetivo deste relato é descrever a abordagem anestésica em paciente previamente acometido por CE em região cervical + lesão de vaso cervical, submetido à cervicotomia com retirada de corpo estranho (zarpão) + rafia de vaso cervical + drenagem de tórax fechada à esquerda. **Apresentação do caso:** Paciente 46 anos, alcoolizado, negava alergias e comorbidades, 70 kg, 168 cm de altura, ASA III, sem histórico de via aérea difícil, Mallampati II. Apresentava distância tireoentoniana maior que 6 cm e interincisiva maior que 3 cm. Foi submetido a duas horas e meia de anestesia geral balanceada para cervicotomia com retirada de corpo estranho (zarpão) + rafia de vaso cervical + drenagem de tórax fechada à esquerda. O paciente foi induzido com fentanil, 100 mcg, lidocaína 60 mg, propofol 150 mg e rocuroônio 30 mg. Procedeu-se à intubação orotraqueal, tubo 8 com cuff, sem intercorrências. O paciente foi mantido com sevoflurano a 2%. Foi realizada cefalotina 2 g, metoclopramida 10 mg e tramadol 100 mg. Após 100 mg de sugamadex, foi extubado. **Discussão:** O diagnóstico precoce do CE é essencial, pois o retardo no seu reconhecimento e tratamento pode incorrer em sequela definitiva ou dano fatal. Em associação devem estar os exames de imagem para complementar a conduta do diagnóstico. Esta situação catastrófica deve ser detectada, realizada abordagem e seguimento em tempo hábil. Destaca-se que casos com lesões em cavidade oral por CE podem causar obstruções das vias aéreas, representando um grande desafio ao anestesiológico, pois CE dificulta a laringoscopia e eventual reintubação do paciente, sobretudo por causa das alterações anatômicas nas vias aéreas superiores. A técnica anestésica comumente administrada aos pacientes submetidos à cervicotomia por CE tem sido a anestesia geral, como neste caso, porém se sabe que, historicamente, a retirada de CE também é realizada sob anestesia local.

Palavras-chave: Anestesia geral, cervicotomia, trauma cervical.

REFERÊNCIAS

1. Moore K. Anatomia orientada para clínica. 4. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 2001.
2. Arantes A, Gusmão S, Rubinstein F, Oliveira R. Microsurgical anatomy of the recurrent laryngeal nerve: applications on the anterior approach to the cervical spine. Arq Neuropsiquiatr. 2004;62(3A):707-10. <http://doi.org/10.1590/S0004-282X2004000400026> PMID:15334235.

1955 ANESTESIA SUBDURAL ACIDENTAL APÓS PUNÇÃO PERIDURAL: RELATO DE CASO

MARIA FERNANDA DE ANDRADE BOSCOLI, ANA LUIZA MOREIRA DA SILVA DIAS, JOSE EDUARDO FERREIRA GOMES, PAULO ADILSON HERRERA, RENATA CRISTINA ACACIO DOS SANTOS

CET S.ANES.HOSPEVANG.LONDRINA - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL EVANGÉLICO DE LONDRINA, LONDRINA, PR, BRASIL

Introdução: A anestesia peridural é uma técnica anestésica amplamente utilizada para analgesia intra e pós-operatória. Trata-se de um procedimento que pode resultar em complicações potencialmente graves, tal qual a anestesia subdural. Além de rara (com incidência estimada entre 0,1 e 0,82%), a anestesia subdural caracteriza-se por um quadro clínico heterogêneo, com intensidade dependente do espalhamento do agente anestésico. Embora relevante, ainda não possui guidelines que orientem seu manejo perioperatório. Desse modo, este relato tem como objetivo descrever um caso de anestesia subdural acidental após punção peridural, bem como as condutas adotadas para tratamento do quadro.

Relato de caso: Paciente de 55 anos, sexo masculino, 80 kg, 172 cm, com antecedente pessoal de hipóxia neonatal, sem alergias conhecidas, foi submetido à laparotomia exploradora por causa de volvo de sigmoide. Recebeu sedação com 2 mg de midazolam EV e bloqueio peridural com agulha de Tuohy 18G em nível de L3-L4, associada à instalação de cateter peridural 20G, por onde foram administrados 15 ml de ropivacaína a 0,1% e 1 mg de morfina. Após 60 minutos do início da anestesia, evoluiu com rebaixamento do nível de consciência, anisocoria, hipotensão e dessaturação. Foi submetido à intubação orotraqueal com tubo 7,5 mm, passagem de acesso venoso central duplo lúmen em veia jugular interna direita e encaminhamento à unidade de terapia intensiva no pós-operatório, onde permaneceu por 3 dias. Evoluiu com melhora completa do quadro após 7 dias, recebendo alta hospitalar. **Discussão:** A anestesia subdural possui apresentação clínica variável, desde bloqueio sensitivo extenso com preservação motora até dispneia e rebaixamento do nível de consciência, o que dificulta seu diagnóstico. Diante de situações que detenham risco de anestesia subdural acidental, como o bloqueio peridural, deve-se aumentar a vigilância para detecção e tratamento precoces. Apesar da existência de relatos na literatura, ainda não há diretrizes que orientem seu manejo. Portanto, deve-se estimular o desenvolvimento de estudos para melhorar a compreensão desta complicação e aprimorar a condução destes casos.

Palavras-chave: Anestesia, peridural.

REFERÊNCIAS

1. Vásquez CE, Tomita T, Bedin A, Castro RAC. Subdural anesthesia after epidural puncture: two case reports. *Braz J Anesthesiol.* 2003;53(2):209-13. PMID:19475273.
2. Alshoubi A, Newhide D. Inadvertent subdural catheter placement: a rare complication in obstetric anesthesia. *Cureus.* 2022;14(7):e27252. <http://doi.org/10.7759/cureus.27252> PMID:36039231.



saesp

Sociedade de Anestesiologia
do Estado de São Paulo