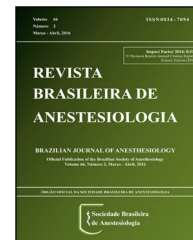




REVISTA BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA

Publicação Oficial da Sociedade Brasileira de Anestesiologia
www.sba.com.br



INFORMAÇÃO CLÍNICA

Controle anestésico de paciente com esclerose múltipla – relato de caso



Eduardo Barbin Zuccolotto, Guilherme Coelho Machado Nunes,
Rafael Soares Lopes Nogueira, Eugenio Pagnussatt Neto* e José Roberto Nociti

Centro de Ensino e Treinamento em Anestesiologia (CET-SBA), Clínica de Anestesiologia de Ribeirão Preto (CARP), Ribeirão Preto, SP, Brasil

Recebido em 20 de fevereiro de 2014; aceito em 19 de março de 2014
Disponível na Internet em 6 de março de 2015

PALAVRAS-CHAVE

Esclerose múltipla;
Cirurgia urológica;
Propofol;
Sevoflurano;
Remifentanil

Resumo

Justificativa e objetivos: Esclerose múltipla é doença desmielinizante do cérebro e da medula espinhal, caracterizada por fraqueza muscular, disfunção cognitiva, perda da memória, alterações de personalidade. Fatores que promovem exacerbação da doença são estresse, trauma físico, infecções, cirurgias, hipertermia. O objetivo é descrever a abordagem anestésica de um caso encaminhado a cirurgia urológica.

Relato de caso: Paciente do sexo feminino, 44 anos, portadora de esclerose múltipla, com o diagnóstico de nefrolitíase, é encaminhada a ureterolitotripsia endoscópica. Optou-se por anestesia geral balanceada com midazolam, propofol e remifentanil em infusão alvo-controlada, sevoflurano sob máscara laríngea e ventilação espontânea. Tendo apresentado dificuldade ventilatória por tórax rígido, optou-se por interromper a infusão de remifentanil. Não se registraram outras intercorrências nem exacerbação da doença no pós-operatório.

Conclusão: O uso de bloqueadores neuromusculares (tanto despolarizantes como não-despolarizantes) constitui um problema nestes pacientes. Como não havia necessidade de relaxamento muscular neste caso, eles foram omitidos. Concluímos que a associação de propofol e sevoflurano foi satisfatória, não resultando em instabilidade hemodinâmica nem exacerbação da doença.

© 2014 Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Este é um artigo Open Access sob a licença de CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondência.

E-mail: md.eugenio@gmail.com (E. Pagnussatt Neto).

KEYWORDS

Multiple sclerosis;
Urologic surgery;
Propofol;
Sevoflurane;
Remifentanyl

Anesthetic management of a patient with multiple sclerosis – case report**Abstract**

Background and objectives: Multiple sclerosis is a demyelinating disease of the brain and spinal cord, characterized by muscle weakness, cognitive dysfunction, memory loss, and personality disorders. Factors that promote disease exacerbation are stress, physical trauma, infection, surgery, hyperthermia. The objective is to describe the anesthetic management of a case referred to urological surgery.

Case report: A female patient, 44 years of age, with multiple sclerosis, diagnosed with nephrolithiasis, referred for endoscopic ureterolithotripsy. Balanced general anesthesia was chosen, with midazolam, propofol and remifentanyl target-controlled infusion; sevoflurane via laryngeal mask airway; and spontaneous ventilation. Because the patient had respiratory difficulty presenting with chest wall rigidity, it was decided to discontinue the infusion of remifentanyl. There was no other complication or exacerbation of disease postoperatively.

Conclusion: The use of neuromuscular blockers (depolarizing and non-depolarizing) is a problem in these patients. As there was no need for muscle relaxation in this case, muscle relaxants were omitted. We conclude that the combination of propofol and sevoflurane was satisfactory, not resulting in hemodynamic instability or disease exacerbation.

© 2014 Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Published by Elsevier Editora Ltda. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introdução

Esclerose múltipla (EM) é doença desmielinizante do cérebro e da medula espinhal (nervos periféricos não são afetados), com remissões e recaídas crônicas ou com curso progressivo. É possivelmente causada pela interação entre fatores genéticos e ambientais, cuja etiologia exata é desconhecida. Caracteriza-se por perda da força muscular, inicialmente reversível, disfunção cognitiva, perda da memória, alterações de personalidade e labilidade emocional.¹⁻⁵ Os sintomas manifestam-se entre os 20 e os 40 anos, com prevalência oito vezes maior no sexo feminino;⁴ não obstante, no caso de pacientes do sexo masculino, a exacerbação é potencialmente mais grave, com menor índice de sobrevivência.⁶ Condições associadas incluem convulsões e uveíte. A destruição muscular acarreta hiperpotassemia e a possibilidade de sobredose de agentes bloqueadores neuromusculares. O tratamento crônico com corticosteroides predispõe a supressão adrenal e ulceração gástrica.⁴

Fatores clinicamente estabelecidos para a exacerbação da doença incluem crises de estresse e trauma físico, infecções, cirurgias, hipertermia, período puerperal.^{2,5,7} Estudo com o objetivo de verificar se a exposição ocupacional a agentes inalatórios utilizados em anestesia poderia aumentar o risco de ocorrência da EM em profissionais da área, não encontrou relação entre este fator e o desenvolvimento da doença.⁸

O tratamento tem sido direcionado para o controle dos sinais e sintomas e da progressão da doença. Corticosteroides são à base do mesmo, graças à sua ação imunomoduladora e anti-inflamatória. Interferon beta é agente de escolha para pacientes com crise-remissão ou, como alternativa, acetato de glatiramer. O imunossupressor azatioprina é efetivo na diminuição da frequência das crises, mas não na remissão da doença.⁵

Relato de caso

Paciente do sexo feminino, 44 anos, apresenta dor abdominal em cólica, de forte intensidade, no flanco direito com irradiação para a região ventral. Avaliada pela equipe da Urologia, foi diagnosticada nefrolitíase e indicada ureterolitotripsia endoscópica. A paciente é portadora de EM, com início dos sintomas há dez anos, relatando perda do equilíbrio, parestesia no membro inferior direito, diplopia e desvio da rima labial. Há cerca de dois anos, estabelecido o diagnóstico, passou a ser acompanhada por neurologista. No momento encontra-se em uso de natalizumab, gabapentina 300 mg ao dia e baclofeno 10 mg duas vezes ao dia. A última crise foi relatada há mais de um ano. Nega outras comorbidades e uso regular de outras medicações. Não tem história de alergias. Foi submetida a três operações cesarianas prévias, há 25, 22 e 19 anos, tendo recebido raquianestesia nas duas primeiras e bloqueio peridural na última. Atualmente não consegue deambular em função de intensa fraqueza muscular em ambos os membros inferiores.

A paciente foi admitida à sala cirúrgica em cadeira de rodas, lúcida e orientada, com estabilidade hemodinâmica, ventilação espontânea e adequado período de jejum pré-operatório. Após cateterismo de veia periférica no membro superior direito e monitorização de rotina (oximetria de pulso, cardioscopia, pressão arterial não invasiva, capnometria), procedeu-se à indução de anestesia geral com técnica balanceada: midazolam 0,02 mg/kg seguido de remifentanyl em infusão alvo-controlada (3 ng/mL), propofol em infusão alvo-controlada (3 ng/mL) e sevoflurano na concentração de 1,0 CAM, sob máscara laríngea. Apresentou dificuldade ventilatória, por tórax rígido, prontamente tratada com suporte ventilatório, optando-se por interromper a infusão de remifentanyl. Foi operada na posição de litotomia e o procedimento teve a duração de 60 minutos. Não houve intercorrências no intra-operatório e, ao final, foi

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2749000>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2749000>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)