



REVISTA BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA

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



INFORMAÇÃO CLÍNICA

Quando uma porta não apresenta retorno sanguíneo: relato de dois casos de causas raras de mau posicionamento de cateter venoso central

Sandra Pereira*, César Preto, Carla Pinho e Pedro Vasconcelos

Departamento de Anestesiologia, Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, Penafiel, Portugal

Recebido em 28 de dezembro de 2013; aceito em 12 de fevereiro de 2014

Disponível na Internet em 20 de setembro de 2014

PALAVRAS-CHAVE

Cateter venoso central;
Hidrotórax;
Alça;
Mau posicionamento

KEYWORDS

Central venous catheter;
Hydrothorax;
Looping;
Malposition

Resumo Apresentamos dois casos de mau posicionamento de cateter venoso central. Têm em comum a ausência do retorno sanguíneo livre em um dos lúmens imediatamente após a colocação. O primeiro é um caso de hidrotórax direito associado ao cateterismo venoso central, com a ponta do cateter em localização intrapleural. Nesse caso, a porta distal nunca esteve patente. No segundo caso houve um aumento da pressão de aspiração através da porta medial por causa da formação de alça no cateter.

A ausência de fluxo livre na aspiração de um lúmen do cateter central não deve ser subestimada. Nessas circunstâncias, o cateter não deve ser usado e deve ser removido.

© 2014 Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Todos os direitos reservados.

When one port does not return blood: two case reports of rare causes for misplaced central venous catheters

Abstract We present two cases of misplaced central venous catheters having in common the absence of free blood return from one lumen immediately after placement. The former is a case of right hydrothorax associated with central venous catheterization with the catheter tip in intra-pleural location. In this case the distal port was never patent. In the latter case there was an increased aspiration pressure through the middle port due to a catheter looping.

The absence of free flow on aspiration from one lumen of a central catheter should not be undervalued. In these circumstances the catheter should not be used and needs to be removed.

© 2014 Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Published by Elsevier Editora Ltda. All rights reserved.

* Autor para correspondência.

E-mail: sandra.mgpereira@hotmail.com (S. Pereira).

Introdução

Cateterismo venoso central é um procedimento comum na prática de anestesia, usado para fins terapêuticos e de diagnóstico, como monitorar a pressão venosa central e a administração de líquidos e medicamentos no período perioperatório.

Em geral, essa técnica tem uma taxa de complicação de aproximadamente 15%,¹ incluindo trombose, infecção, obstrução e complicações mecânicas que normalmente ocorrem durante a inserção e que dependem das relações anatômicas das veias centrais.

Apresentamos dois casos de complicações raras associadas ao cateterismo da veia jugular interna direita, com o objetivo de enfatizar a importância de verificar a desobstrução de cada porta antes de prosseguir com o seu uso, mesmo quando a técnica não apresenta dificuldades.

Relato de caso 1

Paciente do sexo feminino com 33 anos, 54 kg, 155 cm, estado físico ASA I (de acordo com a classificação da Sociedade Americana de Anestesiologistas) e adenoma hepático, apresentou-se para hepatectomia esquerda eletiva.

Após a indução da anestesia, um cateter venoso central de lúmen triplo (7.0-French) foi inserido na veia jugular interna direita (Certofix® Trio – B. Braun), com o uso de referências anatômicas e da técnica de Seldinger. A inserção foi feita em uma tentativa por um anestesiolologista experiente e de acordo com o protocolo de conduta do hospital. Nesse momento, o retorno sanguíneo foi observado a partir das portas proximal e medial do cateter, mas não da distal. Todas as portas foram facilmente lavadas. O cateter foi fixado em 12 cm de comprimento. A monitoração da pressão venosa central foi conectada à porta distal.

A cirurgia transcorreu sem intercorrências. A pressão venosa central foi mantida abaixo de 5 mmHg, sem necessidade de vasodilatadores.

No fim do procedimento, a paciente estava acordada, sem sinais de distúrbio respiratório. Posteriormente, na sala de recuperação pós-anestésica (SRPA), seis horas após a cirurgia, queixou-se de dor no peito direito e dispneia. À ausculta, não havia sons respiratórios no hemitórax direito com embotamento da percussão. O cateter venoso central não estava permeável e não havia retorno sanguíneo.

A radiografia de tórax mostrou opacidade no hemitórax direito e observou-se que a ponta do cateter estava em direção oposta à silhueta cardíaca (fig. 1).

Um dreno torácico foi inserido, com drenagem imediata de 2.500 mL de líquido seroso, seguido por alívio sintomático. A paciente foi transferida para a enfermaria. O tubo torácico foi removido após cinco dias e a paciente recebeu alta totalmente recuperada.

Relato de caso 2

Paciente do sexo feminino, 67 anos, ASA III, apresentou-se ao departamento de emergência com história de diarreia e dor abdominal havia duas semanas. Um corpo estranho (osso de galinha) foi encontrado preso na sigmoide. Após tentativa frustrada de removê-lo por colonoscopia, propôs-se que



Figura 1 Raio-x de tórax tomado no leito que mostra hidrotórax direito nove horas após a inserção do cateter venoso central.

a paciente fosse levada para uma laparotomia exploratória. Sua história médica incluía obesidade mórbida (peso, 110 kg; altura, 150 cm), doença cardíaca isquêmica com angina ao esforço moderado, *diabetes mellitus*, doença pulmonar obstrutiva crônica e hipotireoidismo.

Um cateter venoso central foi indicado por causa da dificuldade de obtenção de um acesso periférico e possível necessidade de terapia vasopressora. Após a indução da anestesia, um cateter venoso central de lúmen triplo (7.0-French) foi inserido na veia jugular interna direita (Certofix® Trio – B. Braun) com o uso de referências anatômicas e da técnica de Seldinger. A inserção foi feita em uma tentativa por um anestesiolologista experiente e de acordo com o protocolo de conduta do hospital. O procedimento transcorreu sem intercorrências, exceto por uma pequena resistência inicial para recuperar o fio-guia. A porta medial do cateter não apresentou retorno passivo do sangue, o que pode ser obtido somente com aspiração à pressão negativa moderada. Um leve aumento da resistência durante a injeção também foi observado nessa porta. As portas restantes estavam permeáveis e facilmente retornando o sangue. O cateter foi fixado em 11 cm de comprimento. Uma infusão com cristaloídes foi iniciada.

A cirurgia prosseguiu e a paciente foi submetida a uma sigmoidectomia aberta. No pós-operatório imediato, a paciente foi transferida para a unidade de terapia intensiva (UTI) para manter o suporte ventilatório mecânico. Terapia vasopressora não foi necessária.

Na UTI, uma radiografia de tórax foi feita e a alça formada pelo cateter venoso central foi observada (fig. 2).

O cateter foi removido sem resistência. Um novo cateter venoso central foi inserido na veia subclávia direita, com o uso de referências anatômicas e da técnica de Seldinger, sem intercorrências. Após 36 horas, o cateter foi removido e a paciente transferida para a enfermaria. Três dias depois, a paciente precisou de uma nova linha central por causa do acesso periférico difícil. A veia jugular interna direita foi usada, novamente com referências anatômicas e técnica de Seldinger, sem complicações. Após 10 dias, a paciente recebeu alta, totalmente recuperada.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2749200>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2749200>

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