



# REVISTA BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA

Official Publication of the Brazilian Society of Anesthesiology  
www.sba.com.br



## INFORMAÇÕES CLÍNICAS

# Leiomiomatose endovenosa: abordagem anestésica a propósito de um caso clínico

Luís Oliveira e Samuel Ramos\*

Serviço de Anestesiologia, Hospital de Santa Maria, Lisboa, Portugal

Recebido em 20 de março de 2013; aceito em 1 de abril de 2013

### PALAVRAS-CHAVE

Anestesiologia;  
Leiomiomatose;  
Neoplasias uterinas;  
Histerectomia;  
Filtro da veia cava

### Resumo

**Justificativa e objetivos:** Descrevemos a abordagem anestésica a propósito de um caso clínico de leiomiomatose endovenosa, com invasão da veia cava inferior e extensão à aurícula direita, tratada com êxito por meio de abordagem cirúrgica.

**Relato de caso:** Doente do sexo feminino, 45 anos, aparentemente estável até duas semanas antes da ida à urgência, altura em que iniciou cansaço e dispneia. Fez ecocardiograma, no qual se constatou massa intracárdica. Por isso, fez tumorectomia eletiva na transição veia cava-aurícula direita e ventrículo direito. À histologia, a peça operatória evidenciou sugestividade de leiomioma uterino. Posteriormente, para avaliar a extensão, fez-se tomografia computadorizada, que demonstrou extensão à veia cava inferior e ao ovário esquerdo. Foi então proposta para histerectomia total, anexetomia esquerda e salpingectomia direita, remoção de leiomioma intravenoso e colocação de filtro definitivo na veia cava inferior. Neste artigo descreve-se a abordagem anestésica com particular ênfase na correção das necessidades hídricas, bem como na evolução no pós-operatório, e salientam-se possíveis contributos à abordagem futura de casos semelhantes.

**Conclusões:** O diagnóstico pré-operatório de leiomiomatose endovenosa é extremamente difícil. O tratamento consiste na extração cirúrgica. Esse procedimento envolve importantes perdas hemáticas e, por isso, condicionou a preparação pré-operatória. No intraoperatório a fluidoterapia foi fulcral e a monitoração invasiva se assumiu como preponderante no auxílio do equilíbrio hidroeletrólítico da doente. A existência de um laboratório de análises clínicas acessível e com resposta rápida e avaliação gasimétrica próxima foi determinante. A unidade de cuidados intensivos equipada com ventilador para os cuidados pós-operatórios revelou-se outra necessidade decorrente deste caso.

© 2013 Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda.

Este é um artigo Open Access sob a licença de [CC BY-NC-ND](#)

\* Autor para correspondência.

E-mail: samuelafonsoramos@gmail.com (S. Ramos).

## Introdução

A leiomiomatose endovenosa (LE) é uma neoplasia muscular lisa, benigna e rara, que tem a propriedade de crescer e invadir o sistema venoso. A proliferação muscular lisa acontece, na maioria das vezes, no sistema venoso, embora, com menor expressão, também se verifique em miomas uterinos.<sup>1,2</sup> A LE tem um padrão de crescimento lento, primeiro de forma localizada e a longo prazo por meio de metastização por invasão venosa. Essa última inicia-se pelas veias uterinas ou ováricas e avança posteriormente pelas ilíacas e pela veia cava inferior (VCI). A extensão cardíaca verifica-se em cerca de 10% dos casos descritos e é, muitas vezes, indetectável clinicamente. A apresentação cardíaca é abundantemente confundida com uma neoplasia cardíaca primária ou um trombo venoso migrante.<sup>3</sup>

A primeira descrição na literatura médica de um caso de LE com extensão cardíaca, por Birch-Hirschfeld, data de 1897.<sup>4</sup> De acordo com Liu et al., até 2009 estariam descritos cerca de 110 casos de LE com extensão intracardíaca.<sup>5</sup>

A LE apresenta-se em mulheres entre 28 e 80 anos e a média é de 44 anos.<sup>4</sup> A maioria das doentes tem antecedentes de histerectomia ou sintomatologia devida a fibromiomas uterinos. Apesar de muitas doentes permanecerem assintomáticos durante anos, o envolvimento cardíaco pode manifestar-se por meio de sintomatologia de insuficiência cardíaca direita ou, menos frequentemente, síncope devida a obstrução da válvula tricúspide.<sup>4,6</sup> Outras manifestações menos frequentes incluem a Síndrome de Budd-Chiari com trombose secundária, ascite, morte súbita e embolia sistêmica.

Seguem-se a apresentação e a abordagem anestésica de uma doente com LE, invasão da VCI e extensão à aurícula direita (AD), tratada com êxito por meio de abordagem cirúrgica.

Obteve-se autorização da doente para publicação do caso clínico.

## Relato do caso

A doente, de etnia branca e 45 anos, estava aparentemente estável até duas semanas antes de se dirigir ao nosso centro hospitalar. Nessa altura, iniciou cansaço generalizado de agravamento progressivo com dispneia súbita para pequenos esforços, o que a fez recorrer ao serviço de urgência. Nessa sequência, fez ecocardiograma, no qual se identificou uma massa intracardíaca, de etiologia a esclarecer. Por esse motivo foi avaliada pela cirurgia cardiotorácica e foi proposta e feita tumorectomia eletiva na transição veia cava-aurícula direita e ventrículo direito.

A peça operatória resultante da cirurgia efetuada revelou aspectos histológicos e imunofenotípicos enquadráveis em fragmento de leiomioma uterino e, no contexto clínico adequado, compatíveis com leiomiomatose intravenosa. Por esse motivo, fez exame de tempo de coagulação e de tempo de ativação da protrombina (TC-TAP), que demonstrou que a veia cava inferior com início na confluência das veias renais se apresentava distendida e com o lúmen preenchido com massa sólida vascularizada estendendo-se às veias ilíacas primitivas até a sua bifurcação. Verificou-se

igualmente aumento das dimensões do útero e identificaram-se vários nódulos sólidos de dimensões variáveis, desde milimétricas até 9 cm. Essa lesão de maior dimensão tinha centro hipocaptante do contraste, enquanto os restantes nódulos tinham captação heterogênea, mas predominantemente hipervascularizada. Destacou-se também quisto com 4,4 cm no ovário esquerdo.

Após discussão cirúrgica conjunta entre a cirurgia geral e a cirurgia vascular, foi proposta para histerectomia total, anexetomia esquerda e salpingectomia direita, remoção de leiomioma intravenoso (veia cava, com extensão às veias ilíacas) e colocação de filtro definitivo na veia cava inferior em posição justa-renal.

É nessa sequência que a doente se apresenta para avaliação pré-anestésica. Tinha 75 kg e como antecedentes pessoais leiomiomas uterinos, glaucoma de ângulo aberto, esclerose múltipla com desmielinização primária do nervo óptico e espondilite anquilosante. A sua medicação em ambulatório consistia em timolol, dorzolamina 5 mg•mL<sup>-1</sup> + 20 mg•mL<sup>-1</sup>, varfine 5 mg, esomeprazol 20 mg, 1 cp às 8 horas, metamizol magnésio 575 mg, 1 cp de 8/8 h, paracetamol 1.000 mg, 1 cp em SOS, estazolam 2 mg, 1 cp à noite. Fizera amigdalectomia havia 40 anos, sob anestesia geral balanceada, sem complicações do perioperatório, e era alérgica ao norflex.

Os exames complementares pré-operatórios não evidenciaram alterações dignas de registro. Fez profilaxia da trombose venosa profunda com enoxaparina 40 mg. A via aérea foi considerada de fácil abordagem. Foi discutido com a doente o plano anestésico. Por se encontrar evidentemente ansiosa, foi-lhe administrada pré-medicação com 3 mg de midazolam. A proposta anestésica foi uma anestesia geral balanceada (AGB). No bloco operatório, canalizou-se acesso venoso periférico com cateter 16 G. Na indução usou-se fentanil 0,5 mg e propofol 85 mg. A ventilação com máscara não apresentou dificuldades. A intubação orotraqueal foi facilitada por atracúrio 30 mg e conseguida por meio de uma laringoscopia direta, com introdução de um tubo orotraqueal n.º 7,5, com *cuff*. A AGB foi mantida com uma mistura de oxigênio/ar/desflurano e readministrações sucessivas de opioide. A ventilação foi controlada por volume. Foi colocado outro acesso periférico n.º 16G, cateterização arterial na artéria radial esquerda e cateterização venosa central na veia jugular direita, todas sem intercorrências. Usou-se como monitoração: oximetria, eletrocardiograma, concentração de dióxido de carbono no volume corrente expiratório, concentração de anestésico volátil, fração de oxigênio inspirado e expirado, pressão arterial invasiva, pressão venosa central e monitoração do débito urinário.

A analgesia intraoperatória totalizou paracetamol 1 g e fentanil 3,25 mg. A profilaxia das náuseas e dos vômitos foi feita com droperidol 1,25 mg. No decorrer da cirurgia adotou-se a posição de Trendelenburg.

No decorrer da cirurgia, atentou-se à correção das necessidades hídricas decorrentes do jejum, das perdas insensíveis e das drenagens gástrica e urinária. Corrigiram-se igualmente perdas hemáticas do campo cirúrgico e foram administrados cristaloides, coloides e 10 unidades de concentrado eritrócitário, oito unidades de plasma fresco congelado, 2 g de fibrinogênio, 1 *pool* de concentrado plaquetário, sem intercorrências, que permitiram manter

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2749298>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2749298>

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