

Anestesia para Salpingectomia Parcial Bilateral em Paciente com Miocardiopatia Hipertrófica Idiopática. Relato de um Caso e Revisão da Literatura*

*Anesthesia for Partial Bilateral Salpingectomy in a Patient with Idiopathic Hypertrophic Cardiomyopathy. Case Report and Review of the Literature**

Ana Sofia Del Castillo Sardi¹, Gustavo Ramboa², Norma Sardi³

RESUMO

Anestesia para Salpingectomia Parcial Bilateral em Paciente com Miocardiopatia Hipertrófica Idiopática. Relato de um Caso e Revisão da Literatura.*

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: A miocardiopatia hipertrófica é uma doença cardíaca rara, com transmissão autossômica dominante e que se caracteriza pela hipertrofia do septo ventricular e pelas anormalidades da valva mitral.

RELATO DO CASO: Paciente secundípara, de 25 anos, com diagnóstico de miocardiopatia hipertrófica há quatro anos e antecedente de asma leve intermitente controlada com inalações esporádicas de corticosteroides. Apresentava sopro holossistólico IV/VI plurifocal e importante escoliose, com os espaços intervertebrais palpáveis. Acusou palpitações esporádicas durante toda a gravidez e recebia medicação de 100 mg de atenolol por dia. Apresentava hemograma, creatinina e eletrólitos dentro dos limites normais, ecocardiograma com miocardiopatia hipertrófica de predomínio septal, com fração de ejeção sistólica de 0,76%. A paciente entrou em trabalho de parto de rápida evolução e nasceu criança viva, do sexo feminino, com APGAR 9/9 sem complicações maternas nem fetais. Foi realizada a programação para a realização de salpingectomia parcial bilateral. Em consulta, a paciente negou-se a receber anestesia para o procedimento. A técnica anestésica de eleição foi a regional combinada. O procedimento cirúrgico durou 20 minutos e as mudanças de pressão arterial junto com a frequência cardíaca foram 10% menores que as dos valores iniciais, sem complicações hemodinâmicas nem cirúrgicas imediatas.

CONCLUSÕES: A mortalidade absoluta materna com miocardiopatia hipertrófica (MH) é muito baixa e costuma aparecer em mulheres com fatores de alto risco. Não há evidências de que a anestesia regional

auge o risco em mulheres com MH quando é utilizada para o parto vaginal. Tanto a anestesia geral como a regional foram utilizadas com sucesso e sem complicações em cesarianas de parturientes com MH.

Unitermos: CIRURGIA, Ginecológica: salpingectomia puerperal; DOENÇAS, Cardíaca: miocardiopatia hipertrófica; TÉCNICAS ANESTÉSICAS, Regional: combinada peridural subaracnóidea.

SUMMARY

Anesthesia for Partial Bilateral Salpingectomy in a Patient with Idiopathic Hypertrophic Cardiomyopathy. Case Report and Review of the Literature.

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Hypertrophic cardiomyopathy is a rare, autosomal dominant cardiac disorder characterized by hypertrophy of the interventricular septum and mitral valve abnormalities.

CASE REPORT: A 25-year old female, second gestation, with a diagnosis of hypertrophic cardiomyopathy for four years and history of mild intermittent asthma controlled with sporadic use of corticosteroids. On physical exam, the patient had a IV/VI systolic and plurifocal heart murmur and accentuated scoliosis with palpable intervertebral spaces. She complained of occasional palpitations during pregnancy, and was treated with 100 mg of atenolol a day. Complete blood count, creatinine, and electrolytes were within normal limits; echocardiogram showed hypertrophic cardiomyopathy predominantly septal and ejection fraction of 0.76%. The patient underwent emergency labor giving birth to a live female fetus, Apgar 9/9, without maternal and fetal hemodynamic complications. The patient was scheduled for bilateral partial salpingectomy. During the interview, the patient refused general anesthesia for the procedure. A decision was made for combined regional blockade. The surgical procedure lasted 20 minutes during which changes in blood pressure and heart rate were up to 10% lower than baseline levels without immediate hemodynamic or surgical complications.

CONCLUSIONS: Absolute maternal mortality in hypertrophic cardiomyopathy (HC) is very low and it is usually seen in patients with high risk factors. Evidence does not show an increased risk of regional blocks in females with HC when it is used for vaginal delivery. Both general anesthesia and regional blocks were successfully used without complication for cesarean sections in patients with HC.

Keywords: ANESTHETIC TECHNIQUES, Regional: combined epidural subarachnoid; DISEASES, Cardiac: hypertrophic cardiomyopathy; SURGERY, Gynecological: puerperal salpingectomy.

* Recebido (**Received from**) do Hospital Santo Tomás, Ciudad de Panamá, República de Panamá

1. Médico-residente do 2º Ano de Anestesiologia, Hospital Santo Tomás
2. Médico-anestesiologista Cardiovascular, Hospital Santo Tomás
3. Médico-patologista, Hospital Santo Tomás

Apresentado (**Submitted**) em 1º de abril de 2009
Aceito (**Accepted**) para publicação em 13 de outubro de 2009

Endereço para correspondência (**Correspondence to**):
Dra. Ana Sofia Del Castillo Sardi
Apartado 0832-1665
World Trade Center, Rep. De Panamá
E-mail: anasofia113@gmail.com ou adelcas@cwpanama.net

INTRODUÇÃO

A miocardiopatia hipertrófica (MH) é uma doença ou disfunção genética cardíaca de transmissão autossômica dominante, causada por mutações em pelo menos um de cada 12 genes sarcoméricos e não sarcoméricos, além de ser conhecida como uma das causas de morte cardíaca súbita em pacientes jovens.¹ Possui prevalência de 0,2% (1:500)² na população adulta em geral, e por isso é lógico imaginar que indivíduos com essa doença recebam cuidados anestésicos e pré-operatórios ao menos uma vez. Por esse motivo, os anesthesiologistas devem estar preparados para antecipar as mudanças hemodinâmicas e a instabilidade cardiovascular que tais pacientes possam apresentar.

A fisiopatologia da miocardiopatia hipertrófica é complexa e, mesmo com as pesquisas indicando que a mortalidade materna absoluta em mulheres grávidas e puérperas com essa doença é muito baixa,³ é preciso levar em conta todas as mudanças hemodinâmicas inerentes à gravidez quando se atende essas pacientes.

Este é um caso de paciente portadora de MH em que após ter tido um parto vaginal sem complicações foi realizada salpingectomia parcial bilateral, com anestesia peridural-espinal, combinada com a técnica anestésica utilizada.

RELATO DO CASO

Paciente secundípara, 25 anos de idade, com diagnóstico de miocardiopatia hipertrófica há quatro anos. Na entrevista, a paciente relatou palpitações esporádicas durante toda a gravidez e informou estar sendo medicada com 100 mg de atenolol por dia. Possuía antecedente de um parto vaginal dois anos antes sem complicações. Também tinha antecedente de asma leve intermitente controlada com inalações esporádicas de corticosteroides.

No exame físico, detectou-se que era paciente de linhagem negroide, com 1,63 m de altura e 60 kg. Além de apresentar sopro holossistólico IV/VI plurifocal, a paciente apresentava escoliose severa, mas com espaços intervertebrais palpáveis.

Nos exames realizados, apresentava hemograma, creatinina e eletrólitos dentro dos limites normais e ecocardiograma que refletia uma miocardiopatia hipertrófica de predomínio septal com fração de ejeção sistólica de 76%.

A paciente entrou em trabalho de parto de rápida evolução e nasceu criança viva, do sexo feminino, com APGAR 9/9 sem complicações maternas nem fetais. A paciente foi hospitalizada na sala de Patologia Obstétrica e foi programada para a realização de uma salpingectomia parcial bilateral. Foi entrevistada e disse que se encontrava tranquila e cooperando, mas que não gostaria de receber anestesia geral para o procedimento. Ela recebeu as explicações sobre as vantagens e desvantagens da anestesia regional e sobre a possibilidade iminente de que pudesse receber anestesia geral, mas se recusou completamente à anestesia geral, dizendo que, se lhe fosse aplicada, cancelaria o procedimento operatório.

Após oito horas de jejum, a paciente recebeu 10 mg IV de metoclopramida e 50 mg IV de ranitidina, 30 minutos antes do procedimento operatório. Procedeu-se a monitorização da pressão arterial, oximetria de pulso e eletrocardiografia. Após colocar a paciente sentada, o espaço epidural foi acessado no nível L4-L5 com uma agulha Touhy 17G. Com a técnica de agulha raquidiana com ponta de lápis Sprotte 25G x 4 3/4" (120 mm), foram administrados 7,5 mg de levobupivacaína e 25µd de fentanil no espaço subaracnóideo e, posteriormente, foi inserido um cateter epidural. A paciente foi deitada para que se pudesse medir o nível sensitivo, que foi de T5. O procedimento cirúrgico durou 20 minutos, os valores de pressão arterial e frequência cardíaca foram 10% menores que os iniciais, sem complicações hemodinâmicas nem cirúrgicas imediatas e a paciente não precisou de suporte com vasopressores. A hidratação materna durante o procedimento atingiu 100 mL e a diurese foi de 50 mL.

Ao ser encaminhada à unidade de recuperação anestésica a paciente estava tranquila, acordada, cooperando e mantendo uma boa estabilidade hemodinâmica. Posteriormente, foi transferida à unidade de terapia semi-intensiva, na sala de patologia obstétrica, e teve alta três dias depois, sendo encaminhada à consulta externa de Cardiologia.

DISCUSSÃO

A miocardiopatia hipertrófica, também conhecida como hipertrofia septada assimétrica, é doença hereditária com características de transmissão autossômica, com alterações estruturais das células contráteis cardíacas, hipertrofia do ventrículo esquerdo, especialmente da região do septo e alterações do sistema de condução.⁴

A miocardiopatia hipertrófica é única entre as doenças cardiovasculares, devido ao seu potencial de apresentação clínica durante qualquer fase da vida, desde a infância até os 90 anos.⁵

Sobre o padrão histológico, muitas células cardíacas, tanto no septo ventricular como na parede livre do ventrículo esquerdo, mostram aumento no diâmetro transversal, formas estranhas e padrão arquitetônico desordenado.⁶ As malformações primárias do aparelho valvular mitral, responsável pelo trato da obstrução de saída do ventrículo esquerdo, estão presentes em pelo menos dois terços dos pacientes.⁷

Seu diagnóstico clínico normalmente fica estabelecido com um ecocardiograma em duas dimensões, demonstrando uma hipertrofia ventricular esquerda (engrossamento da parede superior a 15 mm), tipicamente de distribuição assimétrica e associada a câmara não dilatada na ausência de outra doença cardíaca ou sistêmica.⁸ O eletrocardiograma, de 12 derivações, é anormal em 75% a 90% dos pacientes com miocardiopatia hipertrófica, o que evidencia grande variedade de padrões anormais, sendo que nenhum deles é patognomônico e nem altamente específico da doença. Dentro das mudanças que podem ser encontradas, há alterações dos segmentos ST e a inversão da onda T (consistente com a hipertrofia ventricular esquerda) e ondas Q anormais com dimi-

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2749794>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2749794>

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