



REVISTA BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA

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



INFORMAÇÃO CLÍNICA

Bloqueio intermitente de ramo esquerdo – Reversão para condução normal durante anestesia geral

Ana Maria Oliveira Correia da Silva* e Emília Alexandra Gaspar Lima da Silva

Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, Serviço de Anestesiologia, Santa Maria da Feira, Portugal

Recebido em 3 de agosto de 2016; aceito em 23 de novembro de 2016

PALAVRAS-CHAVE

Defeitos da condução cardíaca;
Arritmia;
Bloqueio completo de ramo esquerdo;
Anestesia geral

Resumo

Justificativa e objetivos: Alterações transitórias da condução cardíaca no intraoperatório são pouco frequentes. Foram reportados raros casos de desenvolvimento ou remissão de bloqueio completo de ramo esquerdo sob anestesia (geral e locorregional), associados a isquemia do miocárdio, hipertensão, taquicardia e fármacos. O bloqueio completo de ramo esquerdo é uma manifestação clínica importante em alguns hipertensos crônicos, pode também significar doença arterial coronária, doença valvular aórtica ou cardiomiopatia subjacentes. Embora habitualmente permanente, pode ocorrer na forma intermitente dependente da frequência cardíaca (quando a frequência cardíaca excede determinado valor crítico).

Relato de caso: Este é um caso de bloqueio completo de ramo esquerdo registado no pré-operatório de cirurgia urgente que reverteu para condução normal no intraoperatório sob anestesia geral após diminuição da frequência cardíaca. Ressurgiu, de forma intermitente e dependente da frequência cardíaca, no pós-operatório imediato, acabou por reverter novamente à condução normal de forma sustentada durante vigilância em unidade semi-intensiva. O estudo com marcadores de necrose muscular cardíacos foi negativo. A dor do quadro cirúrgico urgente e pós-operatório imediato pode ter estado na origem da subida da frequência cardíaca até ao valor crítico e causado bloqueio.

Conclusões: Embora o desenvolvimento ou a remissão desse bloqueio sob anestesia sejam incomuns, o anestesiolista deverá estar alertado para a possibilidade da sua ocorrência. Pode ter carácter benigno, contudo o diagnóstico correto é muito importante. As manifestações eletrocardiográficas podem ser confundidas com ou encobrir isquemia miocárdica, fatos de especial importância num paciente sob anestesia geral incapaz de referir sintomatologia característica de isquemia.

© 2016 Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondência.

E-mail: ana.maria.silva@sapo.pt (A.M. Silva).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.bjan.2016.11.002>

0034-7094/© 2016 Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Como citar este artigo: Silva AM, Silva EA. Bloqueio intermitente de ramo esquerdo – Reversão para condução normal durante anestesia geral. Rev Bras Anesthesiol. 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjan.2016.11.002>

KEYWORDS

Cardiac conduction defects;
Arrhythmia;
Complete left bundle branch block;
General anesthesia

Intermittent left bundle branch block – reversal to normal conduction during general anesthesia

Abstract

Background and objectives: Transient changes in intraoperative cardiac conduction are uncommon. Rare cases of the development or remission of complete left bundle branch block under general and locoregional anesthesia associated with myocardial ischemia, hypertension, tachycardia, and drugs have been reported. Complete left bundle branch block is an important clinical manifestation in some chronic hypertensive patients, which may also be a sign of coronary artery disease, aortic valve disease, or underlying cardiomyopathy. Although usually permanent, it can occur intermittently depending on heart rate (when heart rate exceeds a certain critical value). **Case report:** This is a case of complete left bundle branch block recorded in the preoperative period of urgent surgery that reverted to normal intraoperative conduction under general anesthesia after a decrease in heart rate. It resurfaced, intermittently and in a heart-rate-dependent manner, in the early postoperative period, eventually reverting to normal conduction in a sustained manner during semi-intensive unit monitoring. The test to identify markers of cardiac muscle necrosis was negative. Pain due to the emergency surgical condition and in the early postoperative period may have been the cause of the increase in heart rate up to the critical value, causing blockage.

Conclusions: Although the development or remission of this blockade under anesthesia is uncommon, the anesthesiologist should be alert to the possibility of its occurrence. It may be benign; however, the correct diagnosis is very important. The electrocardiographic manifestations may mask or be confused with myocardial ischemia, factors that are especially important in a patient under general anesthesia unable to report the characteristic symptoms of ischemia. © 2016 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

O desenvolvimento ou a remissão de bloqueio completo de ramo esquerdo em pacientes sob anestesia são incomuns.¹⁻⁴ A forma de bloqueio intermitente dependente da frequência cardíaca pode ter um caráter benigno,^{5,6} contudo o diagnóstico correto é muito importante. As manifestações eletrocardiográficas podem ser confundidas com ou encobrir uma isquemia miocárdica,^{5,7} fatos de especial importância num paciente sob anestesia geral incapaz de referir a sintomatologia característica de isquemia miocárdica.

Este é um caso de bloqueio completo de ramo esquerdo pré-operatório que reverteu para condução normal após diminuição da frequência cardíaca no decorrer de uma cirurgia sob anestesia geral e que ressurgiu, de forma intermitente e dependente da frequência cardíaca, no pós-operatório imediato.

Caso clínico

Uma paciente de 73 anos com suspeita de perfuração iatrogênica do cólon sigmoide durante colonoscopia com polipectomia foi proposta para laparotomia exploratória urgente. A avaliação pré-anestésica revelou antecedentes médicos de asma brônquica, hipertensão arterial, diabetes melito tipo 2, gastrite, hérnia do hiato, obesidade e síndrome depressiva. Os antecedentes anestésicos incluíam anestesia geral para histerectomia e locoregional para

cirurgia de varizes, sem complicações conhecidas. Do exame físico destacava-se apenas quadro de dor abdominal, sem sinais de irritação peritoneal nem disfunções significativas de outros órgãos ou sistemas. O estudo laboratorial mostrava leucocitose (21.100 mm^3), sem outras alterações, notadamente no hemograma, nas funções renal e hepática ou no ionograma. A gasometria arterial não tinha alterações. O ECG mostrava ritmo sinusal com 82 bpm e padrão compatível com Bloqueio Completo de Ramo Esquerdo (BCRE) (fig. 1). Desde a admissão hospitalar até a admissão na sala operatória a paciente manteve-se sem dor torácica e com valores de pressão arterial e de Frequência Cardíaca (FC) dentro da normalidade.

Dados o caráter urgente da cirurgia e a estabilidade hemodinâmica, decidiu-se não adiar o procedimento cirúrgico para estudo adicional das alterações eletrocardiográficas.

Na admissão à sala operatória a paciente apresentava: pressão arterial 123/69 mmHg, FC 83 bpm, saturação periférica de oxigênio 96% e BCRE. Sob monitoração *standard* da *American Society of Anesthesiology*, foi efetuada indução de anestesia geral com bólus de propofol (2 mg/kg) e perfusão de remifentanil (0,5 µg/kg durante um minuto, seguido de 0,1 µg/kg/min) e bloqueio neuromuscular com rocurônio (0,6 mg/Kg), após a qual se procedeu à intubação orotraqueal com tubo 7,5 mm de diâmetro interno com *cuff*, sem intercorrências. Seguiu-se episódio de broncospasmo que reverteu com a administração de hidrocortisona endovenosa (100 mg) e salbutamol (400 µg) e brometo de ipratrópio

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8611394>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8611394>

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