

Anestesia em paciente portadora da Síndrome do QT Longo

Cassiana de Moura e COSTA¹, Fernando Branco Prata LOES², Gabriela LARSEN³, Gabriela Zanette THOME³, Maria Eugênia Nogueira HORN³

¹: Estudante de medicina do Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz (FAG)

²: Médico anestesista pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia (SBA)

³: Estudante de Medicina do Centro Universitário Ingá

Fundamentação teórica: A Síndrome do QT Longo (LQTS) é uma desordem da condução elétrica miocárdica, que favorece o desenvolvimento de taquiarritmias do tipo Torsades de Pointes (TdP), podendo gerar síncope ou degeneração para fibrilação ventricular e morte súbita. Sua etiologia pode ser genética ou adquirida pelo uso de medicações, distúrbios metabólicos ou alterações elétricas. (LORENTZ, 2007, pg. 2)

Objetivos: Relatar o desafio de escolher seguramente e realizar anestésicos em uma paciente submetida à rinoplastia com diagnóstico pré-estabelecido de síndrome do QT longo tipo 3, com história anterior de morte súbita e implante de cardiodesfibrilador implantável.

Delineamento e métodos: Relato de caso. As informações foram obtidas por meio de revisão de prontuários, entrevista com a paciente antes do ato operatório e resultados do desfecho durante e após o ato operatório.

Relato de caso: Paciente de 31 anos, feminino, 60 kg, 168 cm, portadora de síndrome do QT longo tipo 3, com história de morte súbita abortada e posterior implante de cardiodesfibrilador implantável (CDI), apresenta-se para realização de rinoplastia. Exames laboratoriais sem alterações e eletrocardiograma demonstrando bloqueio de ramo esquerdo e intervalo QT limítrofe. Optou-se pela realização de anestesia venosa total utilizando remifentanil e propofol, com infusão alvo controlada respectivamente pelos modelos de Minto e Fast-Marsh e bloqueio neuromuscular com rocurônio 0,6 mg/kg. Durante a indução e intubação o opioide foi mantido com alvo de 9,0 ng/ml, sendo posteriormente reduzido conforme estímulo cirúrgico e o hipnótico mantido em 3,0 ng/ml. A paciente permaneceu com manta térmica, sob monitorização com cardioscopia, oximetria de pulso, pressão arterial não invasiva e capnografia, sendo utilizado bisturi elétrico bipolar pelo cirurgião. Foram evitadas medicações que conhecidamente deflagram a LQTS ou possam causar taquicardia, incluindo a solução de infiltração de anestésico local com vasoconstrictor. No intraoperatório foi administrado cefazolina 1g, dexametasona 10 mg, dipirona 2g e morfina 3 mg. O procedimento durou 90 minutos, sendo administrado 1000 ml de Ringer lactato. Ao término, a paciente foi extubada e encaminhada para a sala de recuperação anestésica.

Conclusão: Embora conflituante entre a literatura da anestesiologia e da cardiologia, o propofol parece ser alternativa segura como agente para indução e manutenção da anestesia. O conhecimento dos estímulos e dos fármacos capazes de aumentar o intervalo QT, em grande número presente na prática anestésica, é essencial para desfecho favorável. ¹

Referências: Lorentz MN, Ramiro FGC. Anestesia e síndrome do QT longo. Revista Brasileira de Anestesiologia 2007; 543-48.

Autores:

Cassiana de Moura e Costa

cassianamouracosta200996@outlook.com

Costa CM

Fernando Branco Prata Lóes

fernandoloes@hotmail.com

Loes FBP

Maria Eugênia Nogueira Horn

maria.enh95@gmail.com

Horn MEN

Gabriela Zanette Thome

gabielazthome@hotmail.com

Thome GZ

Gabriela Larssen

Gabrielalarssen123@gmail.com

Larssen G