

Anestesia em Casos de Nanismo

M. G. D. L. Gomes, TSA¹ & F. B. P. Leitão, TSA²

Gomes M G O L, Leitão F B P – Anesthesia and the dwarf ishness

O nanismo é conceituado como uma deficiência do crescimento em relação aos limites mínimos, aceitáveis, de normalidade. Assim, a fim de definir um indivíduo como anão, é necessário conhecer a média aritmética para a altura normal correspondente à idade e o desvio padrão das médias¹.

Sendo múltiplas as suas causas, o nanismo pode ser classificado em: primário, secundário, osteocondiopático, visceral e de outras causas⁴.

As causas tão diversas de uma mesma entidade nosológica e as características do indivíduo exigem uma avaliação criteriosa das condições clínicas, laboratoriais e psicológicas, quando um tratamento se impõe. Na urgência de um ato anestésico-cirúrgico, compete ao anestesiológico toda atenção quanto a estes aspectos e aos problemas técnicos da anestesia². Neste sentido são apresentados dois casos submetidos à anestesia:

Caso nº 1

Paciente do sexo feminino, 12 anos, cor branca. Aos 6 anos e 3 meses foi encaminhada ao Serviço de Pediatria pelo retardo de crescimento e poliúria. Com o diagnóstico de hipotireoidismo primário, foi tratada com L-triiodotiromina (Gynomel), apresentando um quadro de nefrite crônica. Aos 10 anos sofreu fratura de fêmur esquerdo, por hipocalcemia. Em decorrência da diálise peritoneal a que vem sendo submetida, foi nesta última internação solicitada a realização de anestesia para colocação de cateter de Tenckoff, quando foi constatado:

Uréia = 176 mg%, Creatinina = 11,1 mg%;
Na⁺ = 135 mEq . 1⁻¹ K⁺ = 4,2 mEq . 1⁻¹;
Hb = 8,3g%; Ht = 27%; Peso = 14,400 g; Altura = 96 cm.

Medicação pré-anestésica: não foi prescrita. Indução: halotano, óxido nitroso e oxigênio, em sistema sem absorvedor de CO₂ (Jackson Rees). Intubação orotraqueal sob laringoscopia direta, com sonda Portex 4,5 mm.

Manutenção: foi utilizado o mesmo sistema da indução, sob ventilação espontânea.

Monitorização com cardioscópio e estetoscópio precordial.

Duração da cirurgia: 65 min. Duração da anestesia = 85 min. A extubação foi realizada 10 min após a suspensão do halotano e do óxido nitroso. A anestesia decorreu sem complicações.

Caso nº 2

J. F. S. N., 31 anos, sexo masculino, cor parda. Procurou o Hospital por apresentar dor à evacuação. Feito o diagnóstico de nanismo hipofisário, foi indicado exame proctológico sob anestesia. Peso = 28,800 g – Altura = 116 cm – Hb = 12,6% – Ht = 38%. Sendo emocionalmente bem equilibrado, concordou com a indicação de epidural sacra.

Após venoclise, foi instalada solução glicosada a 5%, posicionado em decúbito lateral esquerdo, com membros inferiores fletidos.

Técnica: antisepsia com álcool iodado, anestesia da pele com lidocaína a 2% (40 mg), pesquisa do espaço epidural sacro pela perda da resistência. Administrada lidocaína a 1,5% (20 ml com epinefrina 1 :200.000). Após a administração ocorreu bradicardia (55 b.p.min.) revertida com atropina venosa (0,25 mg). O bloqueio sensitivo atingiu T₁₂. Concomitantemente foi realizada sedação, com diazepam (4 mg) e petidina (20 mg) venosas. Monitorização com cardioscópio e controle da P.A. pelo esfígmomanômetro.

A posição cirúrgica foi a de litotomia. Duração da cirurgia: 15 min. Após o término

1 Anestesiologista da Divisão de Anestesia do Hospital das Clínicas da FMUSP

2 Professor Adjunto de Anestesiologia da FMUSP

Correspondência para Fernando Bueno Pereira Leitão
Caixa Postal 8091
0100 - São Paulo, SP

Recebido em 4 de fevereiro de 1988

Aceito para publicação em 18 de março de 1988

© 1988, Sociedade Brasileira de Anestesiologia

da cirurgia, foi encaminhado a sala de recuperação pós-anestésica, onde permaneceu por 120 min, até a completa reversão do bloqueio.

COMENTÁRIOS

No nanismo por hipotireoidismo há uma produção insuficiente de hormônios tireoidianos, o que compromete, inclusive, o desenvolvimento neuropsicomotor. No hipofisário não há este tipo de comprometimento; porém, certas características são de grande interesse para o anesthesiologista. Assim, observa-se que a cabeça e arredondada, a face é pequena, a fronte é proeminente, o nariz e a mandíbula são pouco desenvolvidos, a laringe é estreita e a dentição é retardada¹, o que desperta muita atenção em relação às manobras de intubação.

A paciente de 12 anos de idade apresentava as características de criança de 3 a 5 anos, quando analisadas as tabelas de crescimento; assim, ao se utilizar a regra de Collins³ referente ao calibre do tubo traqueal, foi escolhido o Portex 4,5 mm, que foi adequado. Embora pertencendo à faixa etária em que o metabolismo é de alto nível, a anestesia foi realizada apenas

com halotano e óxido nitroso, sem medicação pré-anestésica. No que pese à potência do halotano, seria admissível a necessidade do emprego de outro depressor do SNC.

No 2º caso, o cálculo do volume de anestésico utilizado na epidural sacra baseou-se na dosagem de 10 mg. kg⁻¹, com um volume de 0,6 ml. kg⁻¹ de lidocaína a 1,5% com vasopressor.

Como conclusão, algumas atitudes são fundamentais na vigência de anestesia em casos de nanismo:

1) avaliação da etiologia, por ocasião da visita pré-anestésica.

2) medicação pré-anestésica reduzida quanto à dosagem, principalmente nos casos em que o metabolismo está diminuído.

3) de preferência, a anestesia geral é a indicada.

4) os bloqueios são permissíveis quando suas vantagens e a colaboração do doente forem notórias;

5) a escolha do tubo traqueal é baseada nas tabelas de peso e altura, aplicada a regra de Collins. Esta orientação é inconclusiva nos casos de acondroplasia.

REFERÊNCIAS

1. Marcondes E - Pediatría Básica 4ª ed, São Paulo, Sarnier 1974.
2. Niccoletti R L, Felício A A - Anestesia em Pediatría São Paulo - Ed. Manole, 1981.
3. Smith R M - Anesthesia for Infants and Children 4ª Ed. St. Louis - Toronto - London, CV Mosby Co, 1980.
4. Waits L F, Finerman G and Wyatt G - Anesthesia for dwarfs and others patients of pathological small stature. Can Anaesth Soc J 1975; 22: 703-709.