

Avaliação Pré-Operatória: Conduta em Paciente com Síndrome de Wolff-Parkinson-White. Relato de Caso *

Rogean Rodrigues Nunes TSA¹, Sara Lúcia Cavalcante, TSA², Germana M. A. Bezerra³, Thomaz Zeferino⁴

Nunes RR, Cavalcante SL, Bezerra GMA, Zeferino T - Avaliação Pré-Operatória: Conduta em Paciente com Síndrome de Wolff-Parkinson-White. Relato de Caso

Nunes RR, Cavalcante SL, Bezerra GMA, Zeferino T - Preoperative Evaluation: Management of Wolff-Parkinson's Patients. Case Report

UNITERMOS: COMPLICAÇÕES: disritmia cardíaca; DOENÇAS: síndrome de Wolff-Parkinson-White

KEY WORDS: COMPLICATIONS: heart dysrhythmia; DISEASES: Wolff-Parkinson-White syndrome

A Síndrome de Wolff-Parkinson-White é a mais comum das síndromes de pré-excitação. Tem uma incidência que varia de 1 a 3 por cada 1.000 habitantes¹. É mais comum em homens do que em mulheres e pode ser encontrada em qualquer faixa etária, desde recém-nascidos até a idade adulta. Sua grande importância decorre do seu potencial para levar à morte súbita, secundário a disritmias ventriculares graves. A síndrome de Wolff-Parkinson-White resulta de uma via anômala ou acessória conhecida como feixe de Kent, que vai dos átrios aos ventrículos, desviando-se do nodo AV (Figura 1). Assim, a despolarização ventricular começa antes do normal e, por falta do retardo fisiológico (propriedade do nodo AV), o intervalo PR encontra-se encurtado. A morfologia dos complexos QRS dependem da quantidade de massa ventricular que é ativada pela via acessória. Quanto maior for a ativação da via acessória, maior o grau de condução muscular, tornando espessado o início dos complexos QRS, conhecido como onda delta² (Figura 2).

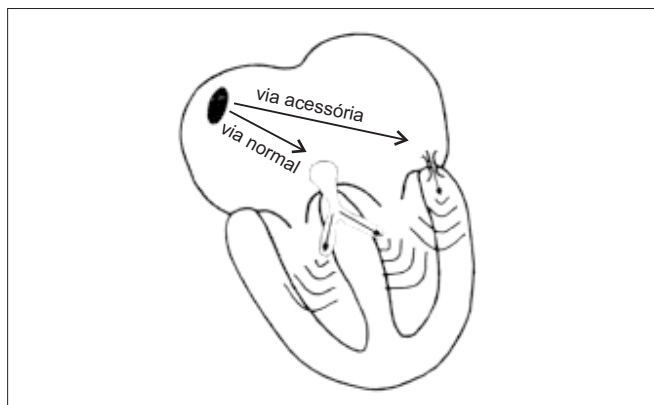


Figura 1 - Via Acessória (anômala)

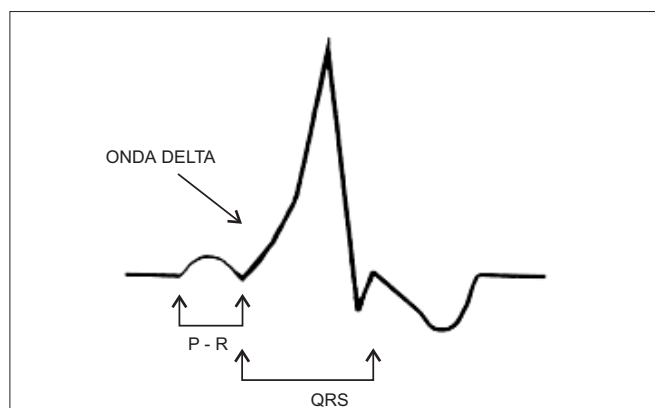


Figura 2 - Presença da Onda Delta

* Trabalho realizado no Serviço de Anestesiologia do Hospital São Lucas - de Anestesia e Cirurgia, Fortaleza - CE.

1. Chefe da Anestesiologia do Hospital São Lucas - de Anestesia e Cirurgia. Professor substituto de Anestesiologia da Faculdade de Medicina - Universidade Federal do Ceará. Diretor Científico da SAEC.

2. Professora Adjunta Doutora de Anestesiologia da Faculdade de Medicina - Universidade Federal do Ceará. Responsável pelo CET-SBA do HUWC - UFC.

3. Anestesiologista do Hospital Antônio Prudente.

4. Anestesiologista do Serviço de Hemodinâmica do Pronto Atendimento Cardiológico - Prontocárdio.

Apresentado em 01 de julho de 1998

Aceito para publicação em 30 de outubro de 1998

Correspondência para Dr. Rogean Rodrigues Nunes
Av. Santos Dumont 7797/1201 Bl. Dunas - Praia do Futuro
60190 800 Fortaleza - CE

© 1999, Sociedade Brasileira de Anestesiologia

RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 15 anos, estado físico ASA I, assintomática, programada para submeter-se a mastoplastia. Os exames laboratoriais: hemograma, coagulograma, creatinina e glicemia, eram normais. O eletrocar-

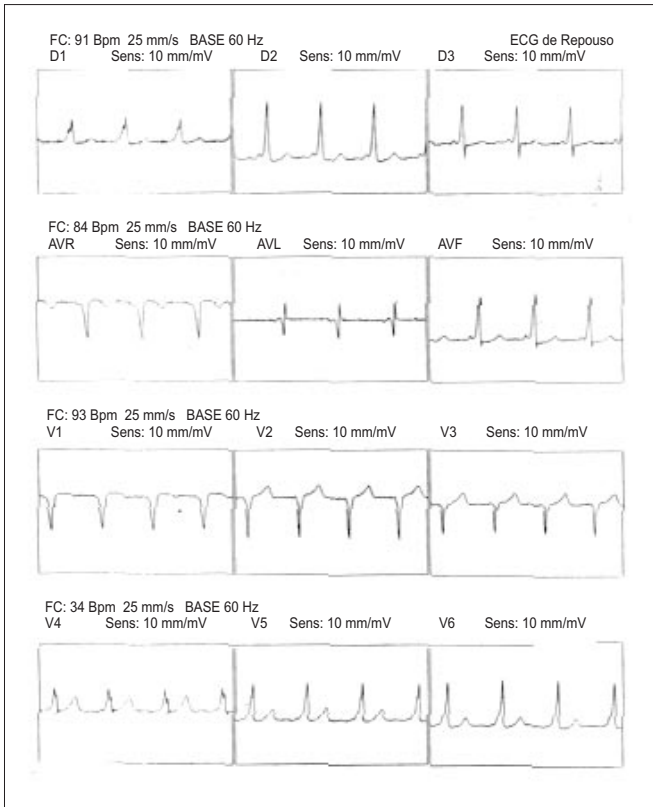


Figura 3 - Eletrocardiograma mostrando Síndrome de Wolff-Parkinson-White

diograma apresentava encurtamento do intervalo PR e onda delta, sugerindo Wolff-Parkinson-White (Figura 3). Foi examinada por um cardiologista que confirmou o diagnóstico e realizou estimulação transesofágica. Durante a estimulação transesofágica a paciente apresentou taquicardia supraventricular paroxística (Figura 4), associada a sudorese, mal-estar, hipotensão e tontura, que melhorou após cessado o estímulo. Foi decidido fazer a ablação da via acessória antes de qualquer procedimento anestésico-cirúrgico, devido ao grande risco da paciente desenvolver graves disritmias no per-operatório.

DISCUSSÃO

O consultório de anestesia adquire cada vez mais importância, pois é onde melhor avaliamos afecções que passam despercebidas e que muitas vezes têm um alto risco de complicações durante a anestesia. A síndrome de Wolff-Parkinson-White é um exemplo. Nesta, o paciente sempre deve ser investigado quanto ao potencial disritmogênico, visando assim, ablação da via acessória nos casos mais graves ou, em caso de tratamento clínico, que o anesthesiologista esteja ciente e preparado para intervir com uma terapêutica apropriada, quando necessário.

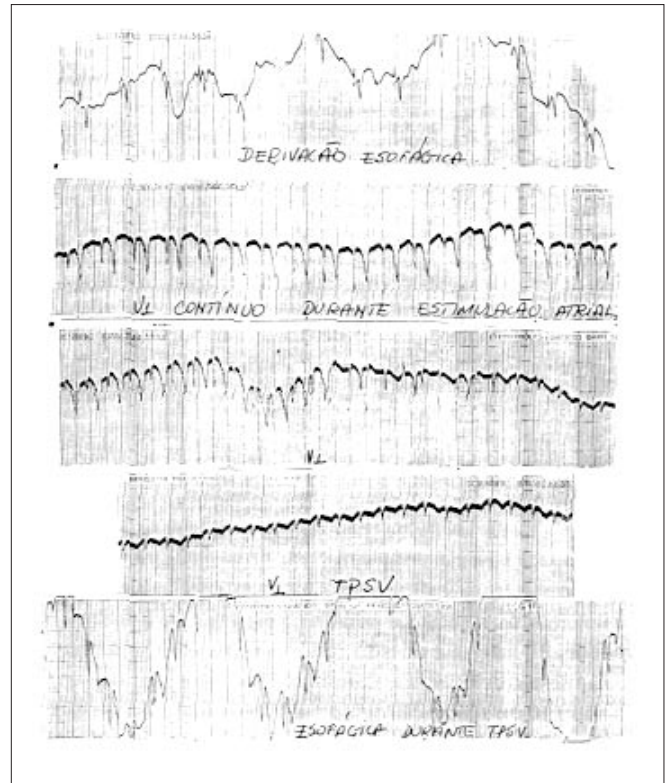


Figura 4 - Eletrocardiograma durante Estimulação Transesofágica, mostrando Taquicardia Paroxística Supraventricular

A anestesia deve ser feita tomando-se cuidados para evitar aumento da atividade do sistema nervoso simpático, que é um dos fatores que desencadeiam disritmias nestes pacientes.

Inicialmente deve-se diminuir a ansiedade com medicação pré-anestésica. Colocar o paciente em plano anestésico adequado para que a manobra da laringoscopia e a incisão cirúrgica não provoquem aumento importante da atividade do sistema nervoso simpático. Para indução da anestesia os benzodiazepínicos e opióides são ótimas escolhas. O tiopental tem sido apontado como capaz de aumentar a condução aberrante, mas isso não está bem comprovado. Os efeitos eletrofisiológicos do propofol e etomidato não estão bem determinados, pois a experiência com essas drogas na síndrome de Wolff-Parkinson-White é limitada. A estimulação simpática pela cetamina desestimula seu uso. Quanto aos anestésicos inalatórios, em concentrações adequadas diminuem a condução do impulso pela via acessória, podendo ainda ser associados ao óxido nítrico sem provocar problemas³⁻⁵.

Com relação aos bloqueadores neuromusculares, o pancurônio e a galamina são vagolíticos⁶ e provocam aumento da condução pela via acessória, devendo ser evitados. A succinilcolina não apresenta incidentes³.

Cuidado especial deve ser tomado quanto a necessidade de antagonizar os bloqueadores neuromusculares com anticolinesterásicos associados a anticolinérgicos. É preferível utilizar bloqueadores neuromusculares de curta duração e monitorizar a função neuromuscular com estimulador de nervos periféricos, evitando assim a necessidade de descurarização ao final da operação.

Se durante o per-operatório o paciente desencadear disritmia, o anestesiológista precisa estar preparado para tratar. Inicialmente deve-se tentar manobras vagais. Se o resultado não for satisfatório, iniciar terapêutica apropriada como: procainamida (dose de 12 a 15 mg.kg⁻¹, infundido lentamente para evitar hipotensão), propafenona (2 mg.kg⁻¹), amiodarona (150 a 300 mg administrado em 15 a 20 min) ou disopiramida (100 a 200 mg)². Estas drogas aumentam o período refratário da via acessória e revertem a taquidisritmia. O digital é contra-indicado por aumentar o período refratário do nodo AV e conseqüentemente aumentar a condução pela via acessória, piorando o quadro clínico²⁻³. O verapamil poderá ser usado desde que o paciente não apresente episódio anterior de fibrilação atrial ou alteração hemodinâmica importante (hipotensão) e apresente função ventricular normal. O propranolol é importante na prevenção de recorrências e no con-

trole dos sintomas^{2,7}. Se ocorrer importante instabilidade hemodinâmica, iniciar cardioversão elétrica.

Em resumo, o consultório de anestesia possibilita-nos melhor manuseio de afecções, tornando mais seguro o ato anestésico-cirúrgico, diminuindo também o número de suspensões de operações em pacientes internados. Fica aqui o questionamento da necessidade rotineira do eletrocardiograma, haja visto seu baixo custo.

REFERÊNCIAS

01. Hersch MZ, Kaufman B - Differential diagnosis of wide QRS tachycardias. *Anesth Clin North Am*, 1989;7:351-371.
02. Moreira DAR - Arritmias Cardíacas, 1ª Ed, São Paulo, Artes Médicas, 1995;186-228.
03. Stoelting RK, Dierdorf SF - Anesthesia and Co-existing Disease, 3ª Ed, New York, Churchill Livingstone, 1993;72-78.
04. Vanderstarre PJA - Wolff-Parkinson-White syndrome during anesthesia. *Anesthesiology*, 1978;48:369-372.
05. Sadowski AR, Moyers JR - Anesthetic management of the Wolff-Parkinson-White Syndrome. *Anesthesiology*, 1979;51:553-556.
06. Savarese JJ, Miller RD, Lien CA et al - Pharmacology of Muscle Relaxants and their Antagonists, em: Miller RD - Anesthesia, 4th Ed, New York, Churchill Livingstone, 1994;417-485.
07. Morady F, Sledge C, Shen E et al - Electrophysiologic testing in the management of patients with the Wolff-Parkinson-White syndrome and atrial fibrillation. *Am J Cardiol*, 1983;51:1623-1628.