

Anestesia em Traumatismo de Coração. Relato de um Caso ‡

Salomão Wilner ¶ & Waldo Monteiro Marcondes §

A anestesia em situações de emergência é um desafio ao bom senso e ao rápido diagnóstico da gravidade do estado geral do paciente e à capacidade de improvisação do anestesiológico. O conhecimento clínico e a terapêutica pré-operatória, seguidos de cirurgia imediata, podem salvar vidas de pacientes com lesões cardíacas. A necessidade de uma rápida indução de anestesia e de intubação traqueal em pacientes, na maioria das vezes, com estômago cheio, para permitir um rápido acesso à lesão que põe em risco sua vida, exige um razoável conhecimento sobre drogas e anestesia para manter a homeostasia.

APRESENTAÇÃO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 22 anos, vítima de acidente automobilístico, deu entrada no centro cirúrgico do Hospital Municipal Souza Aguiar, às 23 horas de 16 de janeiro de 1980.

Ao exame físico, verificou-se que o paciente apresentava ferida contusa de forma elíptica com 10 x 5 cm, localizada na região infraclavicular e paraesternal direita, e encontrava-se agitado, com intensa sudorese, mucosas descoradas e cianose crescente, relatando dor intensa no tórax. Pressão sistólica de 8 kPa (60 mm Hg), pulso fino e ritmado com frequência de 120 btm. Um cateter Foley N.º 12 colocado na bexiga não evidenciou diurese.

A radiografia de tórax mostrou imagem cardíaca compatível com tamponamento cardíaco, porém sem turgência jugular ou outro sinal que correspondesse a tal diagnóstico. Mostrava ainda presença de hemotórax à esquerda.

Um cateter colocado na veia umeral por dissecação foi retirado pelo paciente face à sua agitação. Propôs-se drenagem do hemotórax esquerdo.

Reconheceu-se a gravidade do quadro e rapidamente providenciou-se transfusão de sangue homólogo, o que foi feito através de punção venosa do antebraço direito e administração de oxigênio sob máscara, enquanto se aguardavam os preparativos para a drenagem torácica proposta.

Preparou-se uma seringa com 100 mg de quetamina diluída em 10 ml de água destilada e outra com 20 mg de dialil-nor-toxiferina.

A drenagem do tórax sob anestesia local evidenciou saída de grande quantidade de sangue, o que levou a indicar imediata indução de anestesia geral com intubação traqueal, pois a toracotomia tornou-se mandatória para conter o sangramento.

Foram injetados 0,5 mg de sulfato de atropina, 50 mg de quetamina, 10 mg de dialil-nor-toxiferina por via venosa e, após 60 segundos de ventilação sob máscara com oxigênio a 100%, procedeu-se à intubação traqueal com sonda Portex 8,5 mm. A ventilação foi controlada manualmente, com oxigênio a 100%.

A drenagem torácica liberou cerca de 2000 ml de sangue, optando o cirurgião por uma toracotomia anterolateral esquerda. Aberto o hemitórax esquerdo, verificou-se rotura traumática do pericárdio com 10 cm de extensão, o coração pequeno e herniado batia com suas cavidades quase vazias, havendo um ferimento ao nível de sua aurícula direita de aproximadamente 1 cm. O cirurgião, prontamente, tamponou com os dedos a ferida cardíaca e lhe foi solicitado que mantivesse este procedimento, enquanto providenciava-se uma rápida reposição volêmica. Foram administrados 2000 ml de sangue total, 500 ml de hemacel, 500 ml de solução de Ringer-lactato e 60 mEq de bicarbonato de sódio.

Com a melhora da pressão arterial, que chegou a 12 x 6,6 kPa (90 x 50 mm Hg), solicitou-se ao cirurgião que prosseguisse o ato cirúrgico, sendo reparada a lesão da aurícula direita, após ampliação da ferida operatória com secção transversa do esterno no seu terço inferior. Ambos os hemitórax foram drenados.

Duas doses adicionais de quetamina (25 mg) e uma de dialil-nor-toxiferina (5 mg) foram feitas, além da infusão de 1000 ml de sangue e 500 ml de solução de glicose a 5%.

Para o fechamento da ferida operatória, a anestesia foi mantida com óxido nitroso e oxigênio (1:1) e halotano em vaporizador Narcosul durante 2 horas e 20 minutos.

Ao término do ato cirúrgico, foram suspensas as administrações dos gases e vapores anestésicos, e, 5 minutos após ventilação com oxigênio puro, foi feita a descurarização com 0,5 mg de sulfato de atropina e 1 mg de prostigmina, seguida de aspiração de orofaringe e de extubação. Com pressão arterial de 14,6 x 9,3 kPa (110 x 70 mm Hg), frequência do pulso de 100 btm e diurese presente, o paciente foi encaminhado à Unidade de Terapia Intensiva, onde permaneceu durante 48 horas, quando teve alta para seu leito.

‡ Trabalho realizado no Hospital Municipal Souza Aguiar, Rio de Janeiro, RJ

¶ Anestesiológico do Hospital Municipal Souza Aguiar, Rio de Janeiro, RJ

§ Chefe do Serviço de Anestesiologia do Hospital Municipal Souza Aguiar, Rio de Janeiro, RJ

Correspondência para Waldo Monteiro Marcondes
Praça da República, 111 - 20.211 - Rio de Janeiro - RJ

Recebido em 11 de junho de 1980

Aceito para publicação em 25 de setembro de 1980

© 1980, Sociedade Brasileira de Anestesiologia

O eletrocardiograma realizado no 13.^o dia da cirurgia evidenciou:

- 1 - taquicardia sinusal;
- 2 - alterações na repolarização diafragmática e lateral.

O paciente teve alta hospitalar neste mesmo dia, em excelentes condições, sendo transferido para um hospital de cardiologia.

Resumo de Literatura

EQUILÍBRIO ÁCIDO-BÁSICO E BLOQUEIO NEUROMUSCULAR PELO ORG-NC-45

Foram estudados os efeitos de alterações agudas do estado ácido-básico sobre o bloqueio neuromuscular induzido pelo ORG-NC-45, um homólogo do pancurônio. O animal observado foi o gato.

A alcalose respiratória antagonizou ligeiramente o bloqueio neuromuscular, ao passo que a alcalose metabólica antagonizou-o intensamente.

Tanto a acidose respiratória como a acidose metabólica potencializaram significativamente o bloqueio neuromuscular pelo ORG-NC-45. Estudos sobre doses cumulativas da droga necessárias para provocar 85 - 95% de bloqueio no músculo tibial, mostraram que elas são significativamente mais elevadas durante alcalose do que durante acidose, tanto metabólica como respiratória.

Como o ORG-NC-45 é extremamente suscetível à hidrólise alcalina, os autores atribuem a potencialização do bloqueio durante acidose, à maior estabilidade molecular da droga. Ocorre o inverso durante alcalose.

(Funk D I, Crul J F, Pol F M – Effects of changes in acid-base balance on neuromuscular blockade produced by ORG-NC-45. Acta Anaesth Scand 24: 119 - 124, 1980).

COMENTÁRIO: Estes dados experimentais sugerem que o ORG-NC-45 tenha efeito bloqueador neuromuscular mais prolongado e mais intenso em indivíduos com acidose, tanto metabólica como respiratória. Por outro lado, a alcalose respiratória não deve alterar substancialmente a intensidade e a duração do bloqueio. (Nocite J R)