

## ANESTESIA NO GRANDE OBESO<sup>(\*)</sup>

### Apresentação de um caso

AP 23 13

A anestesia para os doentes obesos apresenta problemas de diferentes espécies, que podem ser sintetizados em: alterações da função respiratória (hipoventilação alveolar; reduzida complacência da parede torácica; diminuição da eficiência dos músculos respiratórios; aumento do tecido não elástico da parede do tórax, do abdome e das vísceras abdominais; consumo elevado de oxigênio); problemas circulatórios (relacionados com instabilidade hemodinâmica maior esforço cardíaco, reduzida circulação periférica); alterações endócrinas eventuais, traduzindo insuficiência hipofisária e outros distúrbios; dificuldade para locomoção; dificuldade de posição adequada na mesa de cirurgia; dificuldade para o acesso ao campo cirúrgico, simulando relaxamento muscular inadequado; sensibilidade exagerada a relaxantes musculares e a drogas depressoras da respiração e do sistema nervoso central; avaliação das perdas sanguíneas e hídricas prejudicada; recuperação anestésica trabalhosa e demorada; intubação traqueal às vèzes dramática. O quadro culmina com a síndrome de Picwick, bem estudada em suas características respiratórias por Gould, (1).

A presente comunicação se refere a um caso de paciente portadora de grande obesidade que impossibilitava a sua deambulação, o que contribuía para a manutenção de um círculo vicioso difícil de ser rompido quanto à tentativa de diminuição do pêso.

RESUMO DA OBSERVAÇÃO DO CASO — L.C.M., feminina, branca, de 43 anos, casada, internada no Hospital das Clínicas, 1.<sup>a</sup> Clínica Médica em 1-10-1969, com a queixa de aumento progressivo de pêso.

Informa a doente que faz parte de uma família de obesos; quando casou, há 23 anos, pesava 65 kg.; em cada gestação (em número de três), aumentou progressivamente de pêso, até que no 3.<sup>o</sup> parto chegou a pesar de 80 a 90 kg. Há seis anos, sofreu trauma psíquico intenso, por ocasião do falecimento de uma filha, passando a sentir fome exagerada, ingerindo grande quantidade de alimentos, engordando progressivamente e atingindo os 320 kg (sic).

(\*) Do Serviço de Anestesia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Procurou médicos várias vezes sem resultado algum; desde há dois anos não consegue andar devido ao excesso de peso. Queixa-se ainda de cefaléia, palpitações e dispnéia. Nega sintomatologia que possa sugerir hipotireoidismo ou qualquer disfunção glandular. Amenorréia há 4 anos. Sempre gozou de boa saúde, exceção feita da obesidade.

*Estudo psicológico:* instabilidade emocional; infelicidade conjugal; não gosta do marido; tem problemas com os filhos. Responde bem às perguntas.

Ao *exame físico* chama a atenção uma grande obesidade, atingindo todo o corpo, particularmente tronco e membros, especialmente as coxas. O abdome é pêndulo, caindo sobre os membros inferiores; a adiposidade das coxas é tão grande que a doente não consegue juntá-las (Figura 1).

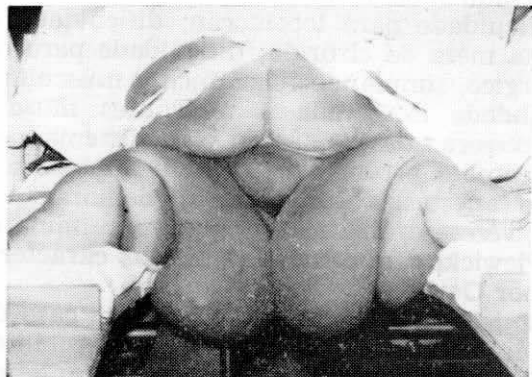


FIGURA 1

Paciente colocado em posição operatória para ressecção de massas adiposas das coxas.

Altura cerca de 154 cm; peso difícil de ser aferido, pois seria necessária uma balança especial; peso 235 kg (duvidoso). A doente é mantida em cadeira construída especialmente para ela no Hospital das Clínicas, na qual permanece sentada todo o tempo; não consegue deitar nem deambular; não pode movimentar-se nem mesmo para sua higiene corpórea.

A pressão arterial é impossível de ser avaliada com precisão pelos métodos comuns em virtude do diâmetro exagerado de seus membros e da grande espessura do seu panículo adiposo. A pressão arterial máxima está ao redor de 160 mmHg. Apresenta acrocianose.

O *diagnóstico* do caso foi o de obesidade desencadeada por absurdo excesso de alimentação, sem alterações endócrinas, porém, ligada a problemas de ordem psíquica.

A *intervenção cirúrgica* proposta foi ressecção de massas adiposas da face interna das coxas, com a finalidade de permitir a deambulação e facilitar o tratamento clínico da obesidade.

Por ocasião do exame pré-anestésico, além da obesidade, chamavam a atenção os seguinte exames: hemograma com 70% de hemoglobina e 4.100.000 hemácias. Exploração funcional respiratória; capacidade vital de 59%; capacidade respiratória máxima de 28%; capacidade total pulmonar de 68,5% (valores compatíveis com a obesidade). Outros exames de laboratórios foram considerados normais.

A possibilidade do ato anestésico-cirúrgico foi discutida em seus múltiplos aspectos. Assim, foi afastado o uso de drogas depressoras da respiração e do sistema nervoso central bem como a anestesia geral, a raqui-anestesia subaracnóidea, a loco-regional, e o decúbito deitado. Decidiu-se pela anestesia peridural contínua com lidocaína a 1,5%. A medicação pré-anestésica foi abolida, exceto medicação sedativa leve que já vinha sendo prescrita por psiquiatra.

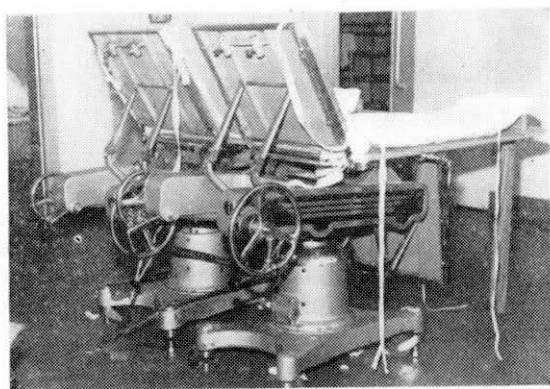


FIGURA 2

Colocada em mesa cirúrgica especialmente adaptada para a doente no Hospital das Clínicas (Figura 2), iniciou-se a anestesia; a punção foi feita no espaço inter-espinhoso L<sub>2</sub>-L<sub>3</sub>; foram injetados 5 ml de xilocaína a 1,5% com adrenalina a 1/200.000, e a seguir passado um catéter

polivinílico; doses adicionais de lidocaína foram injetadas, quando necessárias, somando um total de 47,5 ml durante 275 minutos de anestesia e 225 minutos de cirurgia. Durante a anestesia a paciente recebeu 5.000 ml de sangue total; 500 ml de soro glicosado a 5%; 40 ml de gluconato de cálcio a 10%; 40 ml de bicarbonato de sódio a 10%; 250 mg de hidrocortisona e 2 mg de metaraminol. A evolução da anestesia foi bastante boa, mantendo-se a frequência cardíaca ao redor de 120 batimentos por minuto e a pressão arterial entre 100 e 130 mmHg de máxima, avaliada pelo pulso radial. Durante toda a anestesia foi administrado oxigênio com máscara e absorção de  $\text{CO}_2$ .



FIGURA 3

A doente foi sempre mantida em posição sentada, ligeiramente inclinada para trás, com os membros inferiores em abdução; a tentativa de abaixar o tronco, passando para o decúbito horizontal dorsal foi frustrada, pela piora das condições respiratórias.

Durante a cirurgia foram retiradas massas adiposas de ambas as coxas com um peso de 16 kg, no momento consideradas suficientes para melhorar as condições para deambulação.

No pós-operatório o catéter peridural foi mantido por duas horas para ensejar a administração de xilocaína e a manutenção de analgesia.

Não ocorreram complicações imputáveis à anestesia; apenas surgiu pequena infecção operatória, facilmente compreensível. A dor foi controlada com metil-melubrina. No

pós-operatório a deambulação foi facilitada e a doente teve alta após 21 dias, melhorada.

#### REFERÊNCIAS

1. Gould, A. B. — Effect of obesity on respiratory complications following general anesthesia. *Anesth. & Analg.* 41:448, 1962.

DR. GIL SOARES BAIRÃO, EA  
DRA. ESMERALDA L. MARIANI —  
DR. JANUÁRIO DE ANDRADE  
DRA. EUGESSE CREMONESI, EA