

caso: Paciente feminina, 60 anos, avaliada inicialmente com queixas de dor em queimação em região lombar superior esquerda e sensação de massa crescente na mesma região. A tomografia mostrou descontinuidade da parede no triângulo lombar superior esquerdo, confirmando o diagnóstico de hérnia de Grynfelt. Foi realizada correção videoendoscópica com abordagem extraperitoneal. Paciente posicionado em decúbito lateral direito. Foram colocados três trocartes em linhas no flanco esquerdo em posição extraperitoneal. Foi realizada ampla dissecação além dos limites do defeito herniário e redução do seu conteúdo. Fechamento do defeito com sutura contínua e colocação de tela Marlex (18x13cm) extraperitoneal. A paciente evoluiu bem, tendo alta em 24h. Conclusão: Com aproximadamente 300 casos publicados na literatura, as hérnias lombares são defeitos raros da parede abdominal. A maior parte dos centros hospitalares possuem 2 ou 3 casos publicados. Geralmente, estão associadas a trauma, cirurgia ou infecção. No entanto, hérnias lombares espontâneas são raras e infreqüentemente relatadas.

eP3070

Anestesia para transplante de córnea em paciente com mucopolissacaridose

Mauren Matiazio Pinhatti; Claudia de Souza Gutierrez; Betina Ribeiro Borges; Luciana Paula Cadore Stefani
HCPA - Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Introdução: A mucopolissacaridose (MPS) representa um grupo de distúrbios raros de armazenamento lisossomal em tecidos e órgãos associados a uma série de manifestações clínicas. A elevada prevalência de obstrução das vias aéreas e doença pulmonar restritiva em combinação com manifestações cardiovasculares e problemas na coluna cervical representam um alto risco anestésico para esses pacientes. As complicações mais frequentes incluem dificuldade de intubação ou falha, obstrução das vias aéreas após a indução ou extubação e possíveis traqueostomias de emergência. Apesar de estar claro na literatura o risco da anestesia e as dificuldades do manejo da via aérea desses pacientes, são poucos os dados encontrados a respeito da segurança da realização de bloqueio peribulbar (BPB) para anestesia em procedimentos oftálmicos. Descreveremos um caso de anestesia para transplante de córnea em paciente com MPS no qual foi realizado BPB juntamente com sedação com agente α_2 agonista que promove sedação-hipnose, mas que possibilita que os pacientes sejam facilmente acordados, além de preservar a função respiratória. Descrição do caso: D.S.S., 32 anos, feminina, diagnóstico de mucopolissacaridose tipo I e história de SAHOS (síndrome da apneia/hipopneia obstrutiva do sono), candidata à realização de transplante de córnea em olho direito. Relato de realização prévia de cesariana e ligadura tubária sem intercorrências com raqui-anestesia. Avaliação da via aérea: mallampati III, distância tireoentoniana < 6 cm, boa abertura bucal, ausência de restrição de mobilidade cervical. Contudo, pelo alto risco de obstrução de via aérea e de complicações relacionadas ao seu manejo, após monitorização padrão, optou-se por sedação com dexmedetomidina na dose de ataque de 1 mcg/kg por 10 minutos seguida de manutenção com 0,5 mcg/Kg/hora). Realizado BPB com ropivacaína 10% 9mL + hialuronidase 40 UI.mL sob técnica asséptica. Paciente permaneceu estável hemodinamicamente, sem dessaturação ou hipoxemia. Ao término do transplante, a paciente foi encaminhada à sala de recuperação anestésica, bem acordada e com sinais vitais estáveis, recebendo alta após 2 horas sem intercorrências. Avaliada posteriormente em ambulatório sem complicações pós-operatórias. Conclusão: O paciente com MPS representa um grande desafio ao anestesista. O risco anestésico pode ser reduzido consideravelmente se o anestesista antecipar potenciais problemas que possam surgir nesses pacientes durante e após o procedimento.

eP3146

Relato de caso: anestesia para cesariana com tratamento intraparto extrauterino em feto com higroma cístico cervical

Walter Collyer Braga; Ana Lucia Costa Martins; Flavia Denise Lemmert Grillo
HCPA - Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Introdução: Fetos com diagnóstico de imagem pré-natal de malformações em via aérea ou face ou outras doenças que aumentem o risco de obstrução de via aérea podem ser um desafio no pós natal imediato ao médico assistente devido a necessidade de manutenção de uma via aérea permeável até a resolução do problema. Com a técnica EXIT (tratamento intraparto extrauterino) um tempo extra é disponibilizado para intervenção sobre a causa da obstrução de via aérea como uma broncoscopia, traqueostomia, laringoscopia, entre outras abordagens. O EXIT baseia-se na manutenção do fluxo fetoplacentário para manter oxigenação do feto e para ser anestesiado para o procedimento a ser realizado como forma terapêutica temporária ou definitiva para manutenção de via aérea. Paciente feminina, 19 anos, G1P0, 39 semanas de gestação. Feto com ressonância magnética com presença de massa cervical com extensão para parede torácica, face, assoalho oral, hipo/orofaringe com medidas de 9,6x8,2x8,0 cm. Inicialmente monitorizada com cardioscopia, oximetria de pulso e pressão não invasiva, puncionado 2 acessos venosos periféricos 16G bilateral, realizado passagem de cateter peridural em L3-L4 para uso em analgesia pós operatória, seguindo com anestesia geral com indução com propofol 2mg/kg, remifentanil contínuo e succinilcolina 80mg e manutenção com sevoflurano (CAM de 1.6, reduzida para CAM 0.7 após clamp de cordão umbilical) e remifentanil. Outras motorizações: pressão arterial invasiva, BIS, diurese por sonda vesical e termômetro. Foi mantida pressão arterial com metaraminol em infusão contínua (0,15mcg/kg/min). Infundido ocitocina 10ui bolus e 20ui contínuo, ácido tranexâmico 1g, metilergometrina 200ug e misoprostol 800 mg via oral após a dequitação placentária para prevenção de atonia uterina e sangramento de grande monta. Preparada solução de nitroglicerina para uso em bolus se relaxamento uterino inadequado e dose de fentanil, cetamina e rocurônio para realização intramuscular em feto para auxílio de intubação orotraqueal caso anestesia inadequada, não sendo usadas. Exteriorizado o polo cefálico do concepto após histerotomia com posterior intubação orotraqueal por laringoscopia com auxílio de ótica e encaminhado a UTI neonatal. Paciente foi extubada em sala, estável hemodinamicamente, sem dor e encaminhada a UTI com infusão de solução de bupivacaína 0,125%. Conclusão: o relato demonstra adequado plano anestésico perioperatorio para cesariana com EXIT.