

# Cesária em paciente portadora de miocardiopatia hipertrófica

*Instituto do Coração do Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo*

■ Andréia Miranda de Carvalho  
■ Roseny Reis Rodrigues  
■ Filomena Regina B. G. Galas

## INTRODUÇÃO

Uma gestação promove alterações fisiológicas acentuadas no organismo materno e, quando temos essas duas situações combinadas, miocardiopatia hipertrófica e gestação, vários agravantes devem ser levados em consideração antes que se realize qualquer técnica anestésica para a cesariana.

## RELATO DO CASO

Gestante, 23 anos (gesta 4 para 3 aborto 1), 60 kg, com idade gestacional de 37,6 semanas, chega ao pronto-socorro com a queixa principal de dispnéia aos pequenos esforços e palpitação. Ao exame físico, apresenta-se em estado geral regular, descorada (+/4+), hipohidratada (+/4+), eupnéica, sem sinais de estase jugular ou de edema de membros inferiores. Ausculta cardíaca com bulhas normofonéticas, 2 T com sopro sistólico 4+/6+ panfocal. Ausculta pulmonar normal. Ecocardiograma: FE = 78%; espessura de septo = 33 mm; gradiente máximo de VE = 129; insuficiência mitral de grau leve e hipertrofia septal assimétrica com importante obstrução de saída de VE. Três dias após a internação, a paciente apresentou piora do estado geral, com dispnéia importante e desmaio. Optou-se por induzir o parto. Juntamente à indução, foi realizada analgesia peridural. Iniciou-se a administração de uma solução analgésica em bomba de infusão contínua. A solução peridural contém bupivacaína a 0,5% com adrenalina (4 ml), sufentanil 10 mcg e água destilada (34 ml). Cinco horas após a instalação do bloqueio peridural, a paciente foi levada para a sala de operação, a qual chegou acordada, consciente, com bloqueio motor completo e bloqueio sensitivo em T10. Devido ao nível de anestesia insuficiente, optou-se pela anestesia geral balanceada em seqüência rápida com manobra de Sellick. Após monitorização, foram utilizados na indução: etomidato (18 mg), fentanil (50 mcg) e succinilcolina (60 mcg). Depois de 15 min

e retirada do RN único, vivo, foram administrados atracúrio (30 mg) e propofol (20 mg). A paciente manteve-se estável durante o procedimento, mantendo PA = 100/50 mmHg, SpO<sub>2</sub> = 100% e PetCO<sub>2</sub> = 35. Ao final da cesariana, a paciente foi extubada sem intercorrências e levada para a UTI acordada, hemoestável, sem uso de drogas vasoativas. Cinco dias depois da cirurgia, a paciente recebeu alta hospitalar assintomática, em uso de propranolol, verapamil e sulfato ferroso.

## DISCUSSÃO

Uma das mais importantes preocupações na miocardiopatia hipertrófica em gestante é se há aumento do risco de morte. A anestesia peridural não tem sido geralmente aconselhada. Algumas complicações foram relatadas. O mecanismo da hipotensão arterial e/ou tontura não ficaram claros. Podem ser atribuídos à exacerbação da resposta normal à anestesia peridural ou à piora do gradiente do fluxo ventricular esquerdo. Por isso, até que mais informações se tornem acessíveis, a anestesia peridural deve continuar sendo aplicada cautelosamente em pacientes que possuem obstrução de fluxo de saída.

## REFERÊNCIAS

1. Ho, Kwok M MRCP, et al. Combined spinal and epidural anesthesia in a parturient with idiopathic hypertrophic subaortic stenosis. *Anesth.* 1997;187:168-9.
2. Thaman R, et al. Pregnancy related complications in women with hypertrophic cardiomyopathy. *Heart.* 2003;89:752-6.

## Endereço para correspondência:

Andréia Miranda de Carvalho  
Rua Capote Valente, 493 – apto. 11 – Pinheiros  
São Paulo (SP) – CEP 05409-001  
Tel. (+55 11) 3081-5571  
E-mail: andreiaagal@yahoo.com.br