

■ Eun Joo Tai

■ Cláudia R. S. S. Flório

# Endarterectomia carótida

*Centro Cirúrgico do Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo*

## INTRODUÇÃO

A causa mais comum de doença oclusiva de carótida é aterosclerose. A embolização de material trombótico pode resultar em acidente vascular cerebral (AVC) ou sintomas neurológicos transitórios. Fatores de risco de doença carotídea incluem idade avançada, hipertensão, tabagismo, dislipidemia, diabetes (DM), coronariopatia e doença vascular periférica. A administração combinada de aspirina e dipiridamol reduz a incidência de acidente isquêmico transitório (AIT). A endarterectomia carotídea é superior à terapia clínica isolada. Os objetivos principais do manejo intra-operatório são a proteção cerebral e cardíaca. A pressão arterial média distal ao *clamp* carotídeo é medida invasivamente. Valores acima de 45 mmHg são eficientes para prevenir isquemia na maioria dos casos. A monitorização da função cerebral pode ser feita pelo EEG e/ou Doppler transcraniano. A pressão arterial (PA) deve ser mantida na faixa normal do paciente.

## RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 54 anos, ex-tabagista, hipertenso, dislipidêmico, com estenose de carótida E. Submetido à endarterectomia de carótida, sob anestesia geral. Tempo de clameamento carotídeo: 40 minutos. Pressão de refluxo: 60 mmHg. Ao final da cirurgia, o paciente sofreu pico hipertensivo (220/110 mmHg), sendo medicado com hidralazina e esmolol. Após a extubação, apresentou monoplegia braquial D, sem outros déficits. No terceiro PO apresentou afasia de compreensão e diurese elevada. Surgiu hipótese diagnóstica de *diabetes insipidus*. Administrou-se desmopressina, com redução da diurese e melhora neurológica.

## DISCUSSÃO

Problemas comuns após endarterectomia de carótida são o aparecimento de nova disfunção neurológica, a instabilidade hemodinâmica e a insuficiência respiratória. A síndrome de hiperperfusão muitas vezes não ocorre até vários dias após a cirurgia. A incidência de episódios hipertensivos e hipotensivos depois da endarterectomia pode ser > 60%, sendo a hipertensão mais comum que a hipotensão. Taquicardia e/ou hipertensão agudas podem precipitar isquemia miocárdica e insuficiências cardíacas agudas, podendo levar a edema cerebral e/ou hemorragia. As causas de hipertensão pós-operatória não estão claras. Geralmente, o episódio hipertensivo tem seu máximo em 2-3 horas após a cirurgia, mas em alguns casos pode persistir por 24 horas. O paciente evoluiu com monoplegia braquial direita e *diabetes insipidus*. Acredita-se que a primeira complicação deveu-se à microembolização e a segunda, à síndrome de hiperperfusão. Microembolização e síndrome de hiperperfusão são complicações inerentes ao procedimento cirúrgico. No entanto, não há na literatura referências relacionadas a *diabetes insipidus* como complicação de endarterectomia.

## REFERÊNCIAS

1. Barash PG, Cullen BF, Stoelting RK. Anestesia clínica. 4ª ed. Manole; 2004.p.938-46.
2. Yao FS. Anesthesiology problem-oriented patient management. 4th ed. Lippincott & Wilkins; 1998.

### Endereço para correspondência:

Eun Joo Tai  
Alameda Franca, 1.073 – Jardins  
São Paulo (SP) – CEP 01422-001  
E-mail: julianafai\_77@yahoo.com.br