

Anestesia em Paciente com Síndrome de Gilbert. Relato de Caso *

Anesthesia in a Patient with Gilbert's Syndrome. Case Report

Fabiano Timbó Barbosa, TSA¹; Silvio Marcos Lima dos Santos²; Joaquim Sávio Menezes Batista da Costa²;
Ronaldson Correia Bernardo²

RESUMO

Barbosa FT, Santos SML, Costa JSMB, Bernardo RC - Anestesia em Paciente com Síndrome de Gilbert. Relato de Caso

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: A síndrome de Gilbert é uma doença crônica benigna, a qual leva à icterícia recorrente com grande aumento da bilirrubina não conjugada, que pode levar à toxicidade após o uso de medicações utilizadas na prática diária. O objetivo deste relato é descrever a conduta anestésica em uma paciente com síndrome de Gilbert, submetida à cirurgia videolaparoscópica.

RELATO DO CASO: Paciente do sexo feminino, com 22 anos, portadora da síndrome de Gilbert, submetida à cirurgia videolaparoscópica sob anestesia geral com propofol, alfentanil, succinilcolina, atracúrio e isoflurano. Não houve sinais de toxicidade durante a anestesia. A paciente apresentou recuperação pós-operatória sem intercorrências e recebeu alta hospitalar após três dias.

CONCLUSÕES: O paciente portador da síndrome de Gilbert pode ser submetido à anestesia geral de forma segura sem o aparecimento de toxicidade desde que sejam evitados os fatores que possam levar à diminuição da atividade da glicuroniltransferase.

Unitermos: CIRURGIA, Videolaparoscópica; DOENÇAS: síndrome de Gilbert

SUMMARY

Barbosa FT, Santos SML, Costa JSMB, Bernardo RC - Anesthesia in a Patient with Gilbert's Syndrome. Case Report

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Gilbert's syndrome is a chronic benign disease leading to recurrent jaundice and major unconjugated bilirubin increase that may be toxic after the use of routine medication. This report aimed at describing the anesthetic approach in Gilbert's syndrome patient submitted to videolaparoscopic surgery.

CASE REPORT: Female patient, 22 years old with Gilbert's syndrome, submitted to videolaparoscopic surgery under general anesthesia with propofol, alfentanil, succinylcholine, atracurium and isoflurane. There were no evidences of toxicity during anesthesia. Postoperative recovery was satisfactory and patient was discharged three days later.

CONCLUSIONS: Gilbert's syndrome patients may be safely submitted to general anesthesia without toxicity, provided factors leading to glucuronosyltransferase activity decrease are avoided.

Key Words: DISEASES: Gilbert's syndrome; SURGERY, Videolaparoscopic

INTRODUÇÃO

A síndrome de Gilbert é uma condição crônica benigna caracterizada pelo aumento da bilirrubina indireta que se manifesta clinicamente como icterícia, podendo ocorrer antes, durante ou após o ato anestésico.

Os pacientes apresentam-se icterícos quando submetidos à estresse ou exercícios, durante a fase de sangramento ativo do ciclo menstrual ou quando permanecem em jejum¹, tendo uma prevalência estimada de 6% na população em geral². Ocorre com mais frequência no sexo masculino¹⁻³.

Abilirrubina tem origem a partir do catabolismo do anel heme o qual pode provir das hemoglobinas envelhecidas, dos eritrócitos da medula óssea por eritropoese ineficaz ou das hemoproteínas, principalmente as hepáticas³. Após a captação pelo sistema retículo-endotelial³, a heme-oxigenase quebra a hemoglobina em biliverdina, monóxido de carbono e ferro⁴. A biliverdina-redutase converte a biliverdina em bilirrubina⁴ numa taxa de 4 mg/kg/dia³. Esta bilirrubina é lipossolúvel e apolar, podendo ligar-se a albumina e sua fração livre atravessar a barreira hematoencefálica³. Ligada à albumina, ela é levada ao fígado onde sofre conjugação com o ácido glicurônico tornando-se hidrossolúvel e polar.

Denomina-se icterícia ao quadro clínico caracterizado pela coloração amarelada da pele, mucosa ou esclera dos olhos, quando a bilirrubina está acima de 2,5 a 3 mg/dl³.

Mulheres grávidas ou em uso de contraceptivos orais desenvolvem menos icterícia, pois, nestas condições ocorre indução hepática de glicuroniltransferase².

O diagnóstico da síndrome pode ser feito, observando-se a história familiar, a duração da doença, a ausência de outras doenças hepáticas que justifiquem a icterícia e o aparecimento desta pelos fatores predisponentes, como: jejum, menstruação, estresse e exercícios¹. O diagnóstico pode ser confirmado pela melhora do quadro de icterícia após o

* Recebido da (**Received from**) Santa Casa de Misericórdia de Maceió, AL

1. Professor de Farmacologia do Centro de Ensino Superior de Maceió; Anestesiologista da Santa Casa de Misericórdia de Maceió
2. Anestesiologista da Santa Casa de Misericórdia de Maceió

Apresentado (**Submitted**) em 10 de junho de 2003
Aceito (**Accepted**) para publicação em 14 de agosto de 2003

Endereço para correspondência (**Correspondence to**)
Dr. Fabiano Timbó Barbosa
Rua Comendador Palmeira, 113/202 Farol
57051-150 Maceió, AL
E-mail: fabianotimbo@yahoo.com.br

© Sociedade Brasileira de Anestesiologia, 2004

uso de fenobarbital e pela piora após o uso de ácido nicotínico por via venosa¹.

O objetivo deste relato é apresentar um caso de uma paciente com síndrome de Gilbert submetida à anestesia geral para correção videolaparoscópica de refluxo gastroesofágico.

RELATO DO CASO

Paciente com 22 anos, sexo feminino, branca, 49 kg, com diagnóstico de síndrome de Gilbert desde os 12 anos de idade. Foi admitida para correção de refluxo gastroesofágico por videolaparoscopia. Referiu nos antecedentes pessoais que apresenta-se icterícia após jejum prolongado, após períodos de insônia e durante a fase de sangramento ativo do ciclo menstrual. Não apresentava resolução de episódios de vômitos com o uso de metoclopramida.

A conduta pré-anestésica constou de jejum de oito horas com marcação da cirurgia para o primeiro horário da manhã, não sendo prescrita medicação pré-anestésica.

Na sala de cirurgia foi feita monitorização com cardioscópio, oximetria de pulso, pressão arterial não invasiva e capnografia, a qual só foi instituída após a intubação orotraqueal. Foi realizada venoclise com cateter 20G, infusão de solução glicosada a 5%, administração de omeprazol (40 mg) e ondansetron (4 mg), por via venosa. A anestesia geral balanceada foi iniciada 30 minutos após o uso dos fármacos citados. Foi realizada indução venosa com seqüência rápida e manobra de Sellick com propofol (150 mg), succinilcolina (50 mg) e alfentanil (2500 µg). A intubação traqueal se processou facilmente com tubo 6,5 mm de diâmetro com balonete, sem evidências de intercorrências no trato respiratório. Foi instituída ventilação mecânica controlada e mantida durante todo o procedimento. A manutenção foi realizada com solução de Ringer com lactato (10 ml.kg⁻¹.h⁻¹), isoflurano, oxigênio 1 l.min⁻¹, atracúrio (25 mg) com repetição de metade da dose a cada trinta minutos até o término da cirurgia. Trinta minutos antes do término foram administrados cetoprofeno (100 mg) e dexametasona (10 mg). Após a extubação traqueal foi administrada nalbufina (10 mg) por via venosa para analgesia pós-operatória.

O procedimento cirúrgico teve duração de 120 minutos e a recuperação do estágio II da anestesia ocorreu na sala de cirurgia.

O despertar foi tranquilo e sem intercorrências, sendo a paciente encaminhada para o quarto, recebendo alta hospitalar no terceiro dia do pós-operatório sem complicações.

DISCUSSÃO

O conjunto de reações bioquímicas que torna as drogas polares, hidrossolúveis e de mais fácil eliminação é chamado de biotransformação ou metabolismo. Este processo é possível devido a existência das enzimas, sendo o fígado o órgão central deste processo.

Durante o processo de metabolização, o fígado consegue adicionar ao grupo funcional das drogas, algumas substâncias endógenas como o ácido glicurônico^{5,6}, formando os glicuronídeos. A enzima responsável por esta reação é conhecida como glicuroniltransferase. Estes glicuronídeos são facilmente eliminados pelo rim, evitando assim a sobredose de medicamentos que poderia levar à toxicidade e à morte.

Como na síndrome de Gilbert a atividade da glicuroniltransferase é baixa⁷, e sendo necessária para eliminação de algumas drogas, há o risco de toxicidade durante o ato anestésico com possibilidade de final catastrófico.

É importante para o anestesiológico saber as condições que podem levar à diminuição da atividade da glicuroniltransferase no paciente com síndrome de Gilbert que será submetido à anestesia para impedir o aparecimento de toxicidade intra-operatória. São elas: jejum, sangramento ativo do ciclo menstrual, infecções e outras condições que possam levar ao estresse.

Aconselha-se para o paciente com síndrome de Gilbert, que a cirurgia seja realizada no primeiro período da manhã para diminuir o tempo de jejum e o estresse da espera, infusão de glicose prévia à cirurgia², fazer consulta prévia com anestesiológico, evitar cirurgia durante a fase de sangramento ativo do ciclo menstrual e garantir boa analgesia para o período pós-operatório.

Em nosso serviço, é rotina internar o paciente no dia da cirurgia, uma vez que o contato com os familiares pode reduzir o estresse pré-operatório, o tempo de permanência no ambiente hospitalar e a necessidade de medicação pré-anestésica. Não foi prescrita a medicação domiciliar, já que esta poderia, além de dificultar o transporte da paciente ao hospital, levar ao aparecimento de reações adversas fora do ambiente hospitalar.

A infusão de glicose, neste caso, foi realizada antes do ato operatório, para evitar fator desencadeante à icterícia, e não mantida durante o mesmo, pois já está bem definido na literatura que o ato cirúrgico representa momento de grande estresse, que tem como resposta neuroendócrina-metabólica a elevação da glicemia. Se a resposta ao estresse fosse abolida, o lactato administrado no ato operatório poderia se converter em glicose pela via da gliconeogênese através do ciclo de Cori⁸. Quando há risco de hipoglicemia, justifica-se o uso de glicose intra-operatória, como diabetes melito, nutrição parenteral prolongada, neonatologia, jejum maior que 24 horas, desnutrição, disfunção hepática e operações após grandes traumas físicos⁸.

A síndrome de aspiração do conteúdo gástrico foi descrita por Mendelson, em 1946, como sendo a presença do conteúdo gástrico na árvore pulmonar⁹. Quando o volume é maior que 25 ml e o pH é menor que 2,5 pode ocorrer lesão pulmonar com possibilidade de óbito. Essa complicação pode ocorrer em gestantes e em pacientes alcoolizados, comatosos, convulsivos, obesos, com refluxo gastroesofágico ou com hérnia hiatal⁹. Para diminuir este risco, optou-se por indução com seqüência rápida¹⁰ e uso de bloqueador da bomba de prótons associado ao ondansetron. Para indução com seqüência rápida, optou-se pela succinilcolina, pois sua ação é

rápida, possibilitando condições para rápida intubação traqueal, e fugaz, permitindo recuperação da atividade muscular em caso de falha.

O halotano não foi usado durante a anestesia por ser halogenado de grande metabolização hepática, chegando até a 20%¹¹, e por ter potencial para icterícia pós-operatória. Este halogenado pode causar dois tipos de disfunção hepática que são classificadas em: Tipos I e II. No tipo I, a disfunção é leve, transitória e resolve-se espontaneamente, podendo ocorrer em até 20% dos pacientes¹¹. No tipo II, a disfunção é mais rara e deve-se à presença de anticorpos os quais aparecem após exposições repetidas e podem levar à grave disfunção hepática com icterícia entre 2 e 15 dias após a anestesia geral¹⁰. O isoflurano possui metabolização hepática de 0,2%¹². Todos os agentes voláteis reduzem o fluxo sanguíneo hepático portal e esta diminuição é máxima com o halotano e mínima com o isoflurano⁴. O isoflurano é o anestésico volátil considerado mais adequado para pacientes com disfunção hepática¹².

Para esta síndrome também se pode considerar a possibilidade de anestesia geral venosa, porém algumas observações devem ser consideradas: o tiopental e a cetamina alteram as provas de função hepática conforme as doses utilizadas¹² podendo complicar pesquisa pós-operatória de icterícia; o etomidato pode levar à insuficiência de supra-renal por inibição das enzimas 17 alfa-hidroxilase e 11 beta-hidroxilase com inibição da síntese de cortisol, aldosterona, 17-hidroxiprogesterona e corticosterona¹³. Estas drogas devem ser evitadas. Deve-se dar preferência ao propofol e ao remifentanil. O propofol possui depuração mais alta que o fluxo sanguíneo hepático, sugerindo uma via extra-hepática de eliminação¹³. O remifentanil é um éster que é degradado por esterases plasmáticas e teciduais¹⁴, evitando prejuízo da função hepática.

São causas de icterícia pós-operatória: grandes hematomas, transfusão, doença hepática subjacente, lesão isquêmica ou hipóxica, lesão induzida por substâncias, colestase intra-hepática, colecistite e pancreatite pós-operatórias, cálculo retido no ducto biliar comum e síndrome de Gilbert⁴. As causas mais comuns são: produção excessiva de bilirrubina por reabsorção de um grande hematoma e a clivagem eritrocitária após a transfusão^{4,12}. Recomenda-se a pesquisa de todas as causas de icterícia pós-operatória, quando ocorrer seu aparecimento.

O paciente portador da síndrome de Gilbert pode ser submetido à anestesia geral de forma segura sem o aparecimento de toxicidade, desde que sejam evitados os fatores que possam levar à diminuição da atividade da glicuroniltransferase.

Anesthesia in a Patient with Gilbert's Syndrome. Case Report

Fabiano Timbó Barbosa, TSA, M.D.; Silvio Marcos Lima dos Santos, M.D.; Joaquim Sávio Menezes Batista da Costa, M.D.; Ronaldson Correia Bernardo, M.D.

INTRODUCTION

Gilbert's syndrome is a chronic benign disease characterized by increased indirect bilirubin and clinically manifested as jaundice, which may appear before, during or after anesthesia.

Patients have jaundice when submitted to stress or exercises, during active menstrual cycle bleeding or when fasting¹. The incidence of this disease is estimated in 6% of general population², being more frequent in males¹⁻³.

Bilirubin is originated as from heme ring catabolism which may come from aged hemoglobins, bone marrow erythrocytes by ineffective erythropoiesis, or from blood proteins, especially liver blood proteins³. After being uptaken by the reticuloendothelial system³, heme-oxygenase breaks down hemoglobin in biliverdin, carbon monoxide and iron⁴. Biliverdin-reductase converts biliverdin into bilirubin⁴ at a rate of 4 mg/kg/day³. This bilirubin is liposoluble and apolar. It may bind to albumin and its free fraction may cross blood-brain barrier³. Bound to albumin, it is taken to the liver where it suffers conjugation with glycuronic acid becoming hydrosoluble and polar.

Jaundice is a clinical presentation characterized by yellowish skin, mucosa or eyes, when bilirubin is above 2.5 to 3 mg/dL³. Pregnant women or those under oral contraceptives develop less jaundice because in such conditions there is liver glucuronosyltransferase induction².

Syndrome may be diagnosed by family history, duration of the disease, lack of other liver diseases justifying jaundice, and jaundice triggered by predisposing factors, such as fasting, menstruation, stress and exercises¹. Diagnosis may be confirmed by jaundice improvement after fenobarbital and worsening after intravenous nicotinic acid¹.

This report aimed at presenting the case of Gilbert's syndrome patient submitted to general anesthesia for videolaparoscopic correction of gastroesophageal reflux.

CASE REPORT

Caucasian, female patient, 22 years old, 49 kg, with Gilbert's syndrome since she was 12 years old. Patient was admitted for videolaparoscopic correction of gastroesophageal reflux. Her history revealed jaundice after prolonged fasting, after insomnia periods and during active menstrual cycle bleeding. Vomiting was not resolved with metoclopramide. Preanesthetic approach was 8-hour fasting with surgery scheduled for the first morning period, without any preanesthetic medication

Monitoring in the operating room consisted of cardioscopy, pulse oximetry, noninvasive blood pressure and capnography instituted only after tracheal intubation. Venous access was achieved with 20G catheter, infusion of 5% glucose solution and intravenous omeprazol (40 mg) and ondansetron (4 mg). Balanced general anesthesia was induced 30 minutes after with fast track and Sellick's maneuver using propofol (150 mg), succinylcholine (50 mg) and alfentanil (2500 µg). Tracheal intubation was easy with a 6.5 mm diameter tube with cuff, with no evidences of respiratory tract interferences. Mechanically controlled ventilation was installed and maintained throughout the procedure. Anesthesia was maintained with lactated Ringer's solution (10 mL.kg⁻¹.h⁻¹), isoflurane, 1 L.min⁻¹ oxygen and atracurium (25 mg), with repetition of half dose every 30 minutes until surgery completion. Ketoprofen (100 mg) and dexamethasone (10 mg) were administered 30 minutes after surgery completion. Intravenous nalbuphine (10 mg) was administered after tracheal extubation for postoperative analgesia. Surgery lasted 120 minutes and stage II anesthesia recovery was achieved in the operating room. Emergence was calm and without interferences. Patient was referred to her room and was discharged three days later without complications.

DISCUSSION

The group of biochemical reactions making drugs polar, hydrosoluble and easily excreted is called biotransformation or metabolism and is enabled by enzymes, being the liver the core organ for such process.

During metabolism the liver is able to include some endogenous substances, such as glycuronic acid, to the functional group of drugs^{5,6}, forming glycuronides. The enzyme responsible for such reaction is known as glucuronosyltransferase. These glycuronides are easily excreted by kidneys thus preventing drug overdose that could lead to toxicity and death. Since there is low glucuronosyltransferase activity in Gilbert's syndrome⁷, though it is necessary for some drugs excretion, there is the risk for anesthetic toxicity with the possibility of a catastrophic outcome.

It is important for the anesthesiologist to understand conditions leading to decreased glucuronosyltransferase activity in Gilbert's syndrome patients to be submitted to anesthesia, to prevent intraoperative toxicity. They are fasting, active menstrual cycle bleeding, infections and other stress-inducing conditions. For Gilbert's syndrome patients it is desirable a previous evaluation by the anesthesiologist; that surgery be performed in the first morning period to minimize fasting and waiting stress; glucose infusion before surgery²; to avoid surgery during active menstrual cycle bleeding; to assure satisfactory postoperative analgesia.

It is routine in our service to admit patients the day of the surgery, since contact with relatives may decrease preoperative stress, hospital stay and the need for preanesthetic medication. No home medication was prescribed since, in addition to

impairing patient's transportation to the hospital, it could lead to adverse events outside the hospital environment.

In our case, glucose was infused before surgery to prevent jaundice triggering-factor, and was not maintained during surgery since it is already well defined in the literature that surgery represents a moment of major stress with increased glycemia as neuroendocrine-metabolic response. If response to stress is abolished, intraoperative lactate could be converted into glucose by glyconeogenesis through Cori's cycle⁸. Intraoperative glucose is justified when there is risk for hypoglycemia, such as in diabetes mellitus, prolonged parenteral nutrition, neonatology, fasting for more than 24 hours, malnutrition, liver dysfunction, surgeries after major physical traumas⁸.

Gastric content aspiration syndrome was described by Mendelson in 1946 as the presence of gastric content in the pulmonary tree⁹. When the volume is above 25 mL and pH is lower than 2.5 there may be life-threatening pulmonary injury. This complication may be present in pregnant women, alcoholic, comatose, convulsive or obese patients, in patients with gastroesophageal reflux or hiatal hernia⁹. To minimize this risk we decided for fast-track induction¹⁰ and protons pump blocker associated to ondansetron. Succinylcholine was used for fast-track induction due to its fast onset allowing for early tracheal intubation, and short duration, allowing muscle activity recovery in case of failure.

Halothane was not used during anesthesia because it is an halogenate with high liver metabolism, reaching 20%¹¹ and for its potential to cause postoperative jaundice. This halogenate may promote two types of liver dysfunction classified as Types I and II. In type I, dysfunction is mild, transient, is spontaneously resolved and may be present in up to 20% of patients¹¹. In type II, dysfunction is uncommon and is due to the presence of antibodies that appear after repeated exposures and may lead to severe liver dysfunction with jaundice within two to 15 days after general anesthesia¹⁰. Isoflurane has 0.2% liver metabolism¹². All volatile agents decrease total liver blood flow and this decrease is maximum with halothane and minimum with isoflurane⁴. Isoflurane is the most adequate volatile anesthetic agent for patients with liver dysfunction¹².

General intravenous anesthesia may also be considered for Gilbert's syndrome patients, but there are some caveats: thiopental and ketamine change liver function tests depending on the dose¹² and may impair postoperative investigation of jaundice; etomidate may lead to adrenal failure by 17 alpha-hydroxylase and 11 beta-hydroxylase enzymes inhibition, with inhibition of cortisol, aldosterone, 17-hydroxiprogesterone and corticosterone synthesis¹³. These drugs should be avoided and propofol and remifentanil should be preferred. Propofol has a higher clearance than liver blood flow suggesting an extra-liver excretion pathway¹³. Remifentanil is an ester degraded by plasma and tissue esterases¹⁴, preventing liver function impairment.

Causes of postoperative jaundice are major hematomas, blood transfusion, underlying liver disease, ischemic or hypoxic injury, substance-induced injuries, intra-hepatic

cholestasis, postoperative cholecystitis, postoperative pancreatitis, retained common biliary duct stone and Gilbert's syndrome⁴. Most common causes are excessive bilirubin production by reabsorption of major hematoma and post-transfusion erythrocyte cleavage^{4,12}. In case of postoperative jaundice, it is recommended that all causes be investigated.

Gilbert's syndrome patients may be safely submitted to general anesthesia without toxicity, provided factors leading to glucuronosyltransferase activity decrease are avoided.

REFERÊNCIAS - REFERENCES

01. Radu P, Atsmon J - Gilbert's syndrome - clinical and pharmacological implications. *Isr Med Assoc J*, 2001;3:593-598.
02. Taylor S - Gilbert's syndrome as a cause of postoperative jaundice. *Anaesthesia*, 1984;39:1222-1224.
03. Andeolii TE, Bennett JC, Carpenter CCJ et al - Ictericia, em: Andeolii TE, Bennett JC, Carpenter CCJ et al - *Cecil Medicina Interna Básica*, 4ª Ed, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1998;314-317.
04. Morgan Jr GE, Mikhail MS - Fisiologia Hepática e Anestesia, em: Morgan Jr GE, Mikhail MS - *Anestesiologia Clínica*, 2ª Ed, Rio de Janeiro, Revinter, 2003;587-599.
05. Mello AC - Biotransformação das Drogas, em: Silva P - *Farmacologia*, 6ª Ed, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2001;61-67.
06. Correia MA - Biotransformação dos Medicamentos, em: Katzung BG - *Farmacologia Básica e Clínica*, 5ª Ed, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1994;37-45.
07. Simon JB - Manifestações Clínicas das Hepatopatias, em: Bondy PK, Dilts Jr PV, Douglas RG et al - *Manual Merck de Medicina*, 16ª Ed, São Paulo, Roca, 1992;861-876.
08. Macuco MV, Macuco OC, Bedin A et al - Uso de soluções glicosadas em cirurgias. Hábito ou necessidade? *Rev Bras Anesthesiol*, 1996;46:415-422.
09. Udelsmann A - Complicações Anestésicas, em: Yamashita AM, Takaoka F, Auler Jr JOC et al - *Anestesiologia SAESP*, 5ª Ed, São Paulo, Atheneu, 2001;1029-1055.
10. Caruy CAA - Anestesia em Urgências, em: Yamashita AM, Takaoka F, Auler Jr JOC et al - *Anestesiologia SAESP*, 5ª Ed, São Paulo, Atheneu, 2001;1015-1026.
11. Beltrame Neto J, Vicente EK, Fortis EAF - Hepatite por halotano. Relato de caso. *Rev Bras Anesthesiol*, 1997;47:148-151.
12. Savaris N, Freitas JCM - Complicações em Anestesia, em: Manica JT - *Anestesiologia Princípios e Técnicas*, 2ª Ed, Porto Alegre, Artes Médicas, 1997;780-806.
13. White PF, Gonzáles JM, Hemelrijck JV - *Farmacologia dos Anestésicos Intravenosos*, em: Rogers MC, Tinker JH, Covino BG et al - *Princípios e Prática de Anestesiologia*, 1ª Ed, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1996;837-853.
14. Nociti JR - Anestesia Venosa: *Farmacologia*, em: Yamashita AM, Takaoka F, Auler Jr JOC et al - *Anestesiologia SAESP*, 5ª Ed, São Paulo, Atheneu, 2001;523-538.

RESUMEN

Barbosa FT, Santos SML, Costa JSMB, Bernardo RC - Anestesia en Paciente con Síndrome de Gilbert. Relato de Caso

JUSTIFICATIVA Y OBJETIVOS: *La síndrome de Gilbert es una enfermedad crónica benigna la cual lleva a la ictericia recurrente con grande aumento de la bilirrubina no conjugada, que puede llevar a la toxicidad después del uso de medicamentos utilizadas en la práctica diaria. El objetivo de este relato es describir la conducta anestésica en una paciente con síndrome de Gilbert, sometida a cirugía videolaparoscópica.*

RELATO DEL CASO: *Paciente del sexo femenino, con 22 años, portadora de la síndrome de Gilbert fue sometida a cirugía videolaparoscópica bajo anestesia general con propofol, alfentanil, succinilcolina, atracúrio e isoflurano. No hubo señales de toxicidad durante la anestesia. La paciente presentó recuperación pós-operatoria sin interurrencias y recibió alta hospitalar después de tres días.*

CONCLUSIONES: *El paciente portador del síndrome de Gilbert puede ser sometido a la anestesia general de forma segura sin el apareamiento de toxicidad desde que sean evitados los factores que puedan llevar a la disminución de la actividad de la glicuroniltransferasis.*