

USO DE ROCURÔNIO E SUGAMMADEX EM PACIENTE COM MIASTENIA GRAVIS: RELATO DE CASO

Ana Cristina Pinho Mendes Pereira – INCA, Daniele Oliveira Minelli – INCA, João Gabriel Villar Pimentel – HFSE, Rafael Cathoud de Castro – INCA, Sara Pereira Lima Soares de Sá – INCA, Vitor Alves Felipe – INCA

INTRODUÇÃO

A *miastenia gravis* (MG) é uma doença auto-imune que afeta a porção pós-sináptica da junção neuromuscular. A origem precisa da resposta imune é desconhecida, mas as anormalidades do timo certamente desempenham um papel relevante na gênese dos anticorpos contra os receptores nicotínicos da placa motora. Dessa forma, a timectomia é frequentemente realizada com o objetivo de induzir remissão clínica, mesmo na ausência de timoma. A despeito dos avanços no diagnóstico e tratamento, a MG ainda é um desafio ao anestesiológico, justificado pelas diversas formas de manifestação da doença e pela possibilidade de complicações ventilatórias graves no período pós-operatório.

RELATO DE CASO

Paciente masculino, 51 anos, tabagista, 87 kg, internado com um quadro compatível com MG, a ser submetido à timectomia transternal. FEV1 de 47% com prova broncodilatadora positiva. Exames laboratoriais, ECG e ecocardiograma normais, exceto por Hb=10,6 g/dL. Na SO foi realizada monitorização básica, PAM e acelerometria (TOF Watch[®]). Paciente submetido a bloqueio peridural contínuo T7-T8, e indução anestésica com fentanil 300 mcg, lidocaína 200mg, propofol 50mg e rocurônio 20mg IV; intubação orotraqueal com tubo 7.5. A anestesia foi mantida com sevoflurano e dexmedetomidina em infusão contínua, e 10mL de uma solução de lidocaína 1% e ropivacaína 0,5% pelo cateter peridural. Ao término das 5 horas de cirurgia, administrouse 200mg de sugammadex IV e o paciente foi extubado com TOF 100%. Ainda na SO, o paciente evoluiu com desconforto respiratório e queda da SpO₂. Optou-se então, por reintubá-lo e encaminhá-lo ao CTI, onde permaneceu em ventilação mecânica

por 28 dias devido à fraqueza muscular respiratória, apesar da força motora distal preservada. A analgesia foi mantida com PCA de ropivacaína 0,2% e fentanil 0,5% por 5 dias com infusão média de 4ml/h. Foi submetido a sucessivas plasmaféreses e após 35 dias teve alta hospitalar.

DISCUSSÃO

O efeito dos bloqueadores neuromusculares na MG é imprevisível. A associação de novos fármacos ao arsenal terapêutico do anestesiológico, como o antagonista específico dos agentes adespolarizantes, aumentou a segurança do bloqueio neuromuscular mesmo em situações complexas. Já é relatado na literatura o sucesso da reversão do relaxamento muscular induzido por rocurônio com sugammadex em pacientes com MG. Nesses casos, outras causas além da curarização residual precisam ser consideradas na vigência de insuficiência respiratória pós-operatória. Um sistema de pontuação baseado na duração da doença, dosagem diária de anticolinesterásicos, valores de capacidade vital e presença de doença respiratória crônica é recomendado para prever a necessidade de ventilação mecânica prolongada após timectomia, independente do uso de bloqueador neuromuscular.

REFERÊNCIAS

Thomas CE, Mayer SA, Gunger Y, et al: Myasthenic crisis: Clinical features, Mortality, complications, and risk factors for prolonged intubation. *Neurologia* 1997;48:1253-1260