

BLOQUEIO DE CANAL ABERTO VERSUS CURARIZAÇÃO RESIDUAL

AUTORES:

Patricia Milanez; Fabiana polinelli; Gabriella Vasconcelos de Vasconcellos; Bruno Peer de Souza; Ana Cristina Pinho Mendes Pereira; Paulo Sérgio Gomes Lavinias;

INSTITUIÇÃO:

INCa, Rua General Garzon 100 apt 301, Iagoa, Rio de Janeiro, RJ, cep 22470-010.

JUSTIFICATIVA E OBJETIVO: A persistência do bloqueio neuromuscular é causa importante de complicações no pós-operatório, devendo tal evento ser rapidamente diagnosticado e adequadamente revertido. O presente relato tem por objetivo discutir o diagnóstico diferencial entre bloqueio de canal aberto e curarização residual em paciente apresentando bloqueio neuromuscular prolongado ao TOF após término do procedimento cirúrgico. **RELATO DO CASO** - Masculino, 45 anos, 70 kg, hipertenso, sem alterações aos exames pré-operatórios, foi submetido a anestesia geral associada a bloqueio peridural torácico para a realização de colectomia. Foram utilizados 50 mg de rocurônio durante a indução anestésica, sem necessidade de doses adicionais. Ao final da anestesia, quando o estimulador do nervo periférico, na sequência de quatro estímulos (TOF), já demonstrava a presença de T2, foram administrados 03 mg de neostigmine e 1.5 mg de atropina. Após 20 min, em função da relação T4/T1 ainda manter-se em 40% e da evidência de sinais de fraqueza muscular generalizada, foram administrados 400 mg de sugamadex. A relação T4/T1 aumentou para 65%, e cerca de 30 min após foi procedida a extubação na sala de cirurgia, com TOF em torno de 90%.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES: A primeira hipótese aventada foi a de bloqueio de canal aberto, que constitui uma obstrução mecânica do canal central do receptor de acetilcolina por moléculas do bloqueador neuromuscular não-despolarizante. Quanto maior a profundidade do bloqueio neuromuscular, maior será a chance desta oclusão, sendo que os anticolinesterásicos podem agravar o quadro. Um diagnóstico diferencial possível para este caso seria o de curarização residual, cuja incidência associada ao uso de bloqueador de ação intermediária gira em torno de 20%, e estaria relacionada ao binômio bloqueador neuromuscular em altas doses/uso precoce de anticolinesterásico.

REFERÊNCIAS - Tratado de Anestesiologia Saesp, 2011; 52; 751-765 e Miller's Anesthesia, 2009; 29: 870-875.