

## **ANESTESIA PARA CIRURGIA ROBÓTICA EM PACIENTE COM ACROMEGALIA: CONSIDERAÇÕES ANESTÉSICAS.**

### **AUTORES:**

Luiz Carlos Torres Porpino, Rodrigo Otávio Lami Pereira, Ana Cristina Pinho Mendes Pereira, Paulo Sérgio Gomes Lavinias, Nathalia Rodrigues Sampaio.

### **INSTITUIÇÃO:**

Instituto Nacional de Câncer - Rio de Janeiro/RJ

**INTRODUÇÃO:** O manejo anestésico em paciente acromegálico exige entendimento das modificações fisiológicas induzidas por essa doença. Além da evidente hipertrofia óssea e alteração da fisionomia, a acromegalia leva a hipertrofia de partes moles com alteração na via aérea e sobrecarga cardiovascular com aumento do trabalho cardíaco, surgimento precoce de hipertensão arterial e aumento de eventos coronarianos. Técnicas cirúrgicas minimamente invasivas como a cirurgia robótica trouxeram a necessidade de novas estratégias anestésicas.

**RELATO DE CASO:** Paciente masculino, negro, 47 anos, 76 kg, 1,68m, cirurgia proposta ressecção anterior de reto por vídeo (robótica). Apresentava além da acromegalia, hipertensão arterial de difícil controle. Exames complementares normais, exceto pela dosagem de Cortisol: 14,2mcg/dL; GH: 3,59mcg/L; IGF1: 768 (90-360mcg/L). Na avaliação da via aérea, Mallampati II e macroglossia. Fazia uso de losartana furosemida, nifedipina, atenolol, clonidina e octreotida. Monitorização básica e índice bispectral e função neuromuscular. Iniciados midazolam, dexmedetomidina, sulfato de magnésio e lidocaína. Indução: propofol, rocurônio e IOT com TOT #8, 0 e auxílio de lâmina articulada (Cormack III). Manutenção: lidocaína, rocurônio, adrenalina, dexmedetomidina e sulfato de magnésio. O paciente foi posicionado em Trendelenburg forçado com lateralização da mesa cirurgia à esquerda, tempo cirúrgico de 8 horas. Ofertados

1. 750mL de solução cristalóide e diurese de 445mL. Apesar de estável, em alguns momentos a monitorização era falha, e o posicionamento do robô impedia o acesso ao paciente. Ao fim da cirurgia, reversão do BNM com sugamadex 400mg e elevação do TOF para 93%, BIS: 86. Administrados dipirona 3g e ondansetrona 8mg ao final. Extubado e encaminhado à sala de recuperação pós-anestésica, de onde teve alta

para enfermaria no dia seguinte. Evoluiu sem queixas álgicas, referindo sede e dormência nos lábios, resolvidos em seguida. **DISCUSSÃO:** A cirurgia robótica traz desafios ao anestesiológico, como posicionamento com grande angulação cefálica (trendelenburg > 45º), longo tempo cirúrgico e limitação de acesso ao paciente. O posicionamento com declive cefálico pode aumentar a pressão intracraniana a ponto de evoluir com edema cerebral e impossibilidade de extubação. Para evitar tal condição, restringiu-se a hidratação em 2,8mL/Kg/h. Houve também dificuldade na adaptação do oxímetro digital dada a anatomia alterada pela doença, além de limitação em acessar um paciente devido ao posicionamento do robô. **REFERÊNCIA:** Khan ZH; Rasouli MR Intubation in patients with acromegaly: experience in more than 800 patients. Eur J Anaesthesiol; 26(4): 354-5, 2009 Apr. Rokkas T; Pistiolas D; Sechopoulos P; Margantinis G; Koukoulis G. Risk of colorectal neoplasm in patients with acromegaly: a meta-analysis. World J Gastroenterol; 14(22): 3484-9, 2008 Jun 14.