

PO 1 - SÍNDROME DE CHARCOT-MARIE-TOOTH: CESARIANA, E AGORA? – UM CASO CLÍNICO

Melanie Barata¹, Ana Marques¹, Sónia Lobo¹, Márcia Rocha¹

¹Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho (CHVNG/E)

INTRODUÇÃO

A síndrome de Charcot-Marie-Tooth (CMT) é a polineuropatia periférica hereditária mais comum, com uma prevalência estimada de 1:2500. Pode ser classificada em tipo 1 (desmielinizante) e tipo 2 (axonal). A apresentação típica inclui fraqueza e atrofia muscular distal (pés e tornozelos) com progressão cefálica e ausência ou diminuição dos reflexos tendinosos.^{1,2} Embora em menor grau, esta doença afeta também os nervos sensitivos.³ A CMT, sendo uma doença neurodegenerativa progressiva que não afeta a esperança média de vida, tem impacto importante na morbidade a longo prazo.¹

Apesar da CMT ser a polineuropatia periférica hereditária mais comum, a sua prevalência é baixa, pelo que há pouca informação relevante na literatura sobre segurança e eficácia do seu manuseio anestésico, sendo esta maioritariamente derivada de relatos de casos.

Reportamos o caso de uma grávida com CMT tipo 1, submetida a cesariana eletiva sob bloqueio subaracnoideu.

CASO CLÍNICO

Mulher de 28 anos, G1P0, ASA II, sem antecedentes anestésico-cirúrgicos e com antecedentes de CMT tipo 1, diagnosticada há 15 anos e clinicamente estável, a condicionar parestesias da região anterior do pé e quedas frequentes. Proposta para cesariana eletiva por apresentação pélvica fetal. Ao exame objetivo destaca-se presença de pés cavus com dedos em martelo, discreta atrofia da eminência tenar e arreflexia osteotendinosa dos membros inferiores. Marcha livre e em pontas sem alterações, mas incapaz de realizar marcha em calcanhares. A via aérea apresentava um Mallampati II, abertura de boca >3cm, distância tiromentoniana >6cm e boa mobilidade cervical.

Após monitorização Standard da ASA, foi realizado bloqueio subaracnoideu ao nível de L3-L4, com agulha 27G, com 7mg bupivacaína a 0,5% e 2 mcg sufentanil. Bloqueio sensitivo atingido ao nível de T4. A cirurgia ocorreu sem intercorrências, mantendo sempre estabilidade hemodinâmica. A reversão total do bloqueio sensitivo-motor ocorreu 4 horas após o bloqueio. O

pós-operatório imediato ocorreu sem intercorrências e a parturiente teve alta para o domicílio ao fim de 2 dias, sem compromisso neurológico adicional.

DISCUSSÃO

Após ponderar os riscos de cada técnica anestésica (tab. 1), optou-se pela realização do bloqueio subaracnoideu. Esta foi a técnica escolhida uma vez que a sua doença se encontrava estável, se tratava de uma potencial via aérea difícil, pelo risco de hipertermia maligna se submetida a anestesia geral e pelo facto de ser uma cesariana, onde o presenciar do nascimento é um momento com elevada carga emocional para a mãe.

A escolha da técnica anestésica em doente com CMT, deve ser individualizada, tendo em conta a evolução da doença e sua estabilidade clínica, a presença de outras comorbilidades associadas, o tipo de procedimento cirúrgico, bem como a experiência do anestesista.

REFERÊNCIAS

¹ Int. J. Mol. Sci. 2021; 22, 6755;

² Anesth Prog. 2016; 63(2), 80–83;

³ Colombian Journal of Anesthesiology. 2019; 47(3):180-183.

Tabela 1 - Preocupações e riscos associados para cada técnica anestésica na grávida com CMT

Preocupações/ Riscos associados na grávida com CMT	
Anestesia Regional	Anestesia Geral
Prolongamento do tempo de bloqueio	Hipertermia maligna
Défices neurológicos de novo	Maior sensibilidade aos relaxantes neuromusculares não despolarizantes
	Curarização residual em doentes já com deterioração da função respiratória pela doença de base
	Potencial via aérea difícil



