

## **PO 39 - DISPLASIA ARRITMOGÉNICA DO VENTRÍCULO DIREITO: UM DESAFIO PERIOPERATÓRIO**

Rita Reis Aguiar<sup>1</sup>, Maria João Quelhas<sup>1</sup>, Ana Castro<sup>1</sup>, Clara Gaio Lima<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidade Local de Saúde de Matosinhos - Hospital Pedro Hispano

**Introdução:** A displasia arritmogénica do ventrículo direito (DAVD) é uma cardiomiopatia hereditária frequentemente subdiagnosticada que predispõe à ocorrência de arritmias ventriculares. As alterações fisiológicas decorrentes do ato anestésico-cirúrgico e os fármacos utilizados podem ter efeito pro-arritmogénico, aumentando a mortalidade perioperatória na DAVD<sup>1</sup>. A literatura sobre a gestão perioperatória desta patologia é limitada. Apresentamos um caso clínico bem sucedido de um doente com DAVD submetido a cirurgia urológica.

**Caso clínico:** Doente do sexo masculino, 65 anos, ASA IV, proposto para prostatectomia radical laparoscópica por carcinoma da próstata. Como antecedentes apresentava DAVD com evento ventricular único há 20 anos, fibrilhação auricular hipocoagulada, insuficiência cardíaca e alergia a paracetamol. Do estudo pré-operatório, a destacar achados típicos da DAVD, como onda épsilon e alargamento do intervalo QRS no ECG, dilatação das cavidades direitas e insuficiência ventricular direita. Após discussão com a equipa cirúrgica e Cardiologia, decidiu-se avançar para o procedimento considerando a ausência de eventos ventriculares nos últimos anos e o benefício *versus* risco da intervenção. Foi utilizada monitorização standard, pressão arterial invasiva, profundidade anestésica e bloqueio neuromuscular. O doente foi aquecido ativamente. Foram aplicadas pás multifunções adesivas antes do procedimento, seguindo-se pré-medicação com midazolam. A técnica anestésica foi anestesia geral balanceada, com manutenção com desflurano. Após a indução, colocado catéter venoso central para perfusão de aminas, se necessário. Após posicionamento cirúrgico, registou-se episódio de bradicardia com normotensão, revertido após bólus de atropina. Restante procedimento sem intercorrências, com estabilidade hemodinâmica (HD). As perdas hemáticas foram de 1900 mL, sem necessidade de suporte transfusional (hemoglobina após 9.3 g/dL). A reposição volémica foi feita com cristaloides. No fim do procedimento o doente foi extubado e o pós-operatório decorreu em unidade de cuidados intensivos sem intercorrências.

**Discussão:** A DAVD associa-se a morbimortalidade significativa. Descrições de casos prévias relatam a ocorrência de arritmias ventriculares ou morte perioperatória após utilização específica de fármacos como succinilcolina, sufentanil ou atracúrio. A utilização de outros fármacos é controversa, nomeadamente de anestésicos locais, pelo risco de cardiotoxicidade. Mais do que a evicção de determinados fármacos, o sucesso perioperatório na DAVD parece depender da estabilidade HD, normotermia, normovolémia, equilíbrio hidroeletrólítico e ácido-base e analgesia adequada, aspetos que foram assegurados neste doente. É fundamental uma abordagem

multidisciplinar na DAVD, garantindo uma avaliação pré-operatória cuidada, um correto planeamento e a antecipação de complicações, de modo a reduzir a mortalidade perioperatória.

**Referências:** <sup>1</sup>World J Anesthesiol 2016;5(3):44-53



