**PO14 BLOQUEIO DA FASCIA ILÍACA SUPRAINGUINAL: UMA OPÇÃO ANESTÉSICA NA CIRURGIA DE AMPUTAÇÃO TRANSFEMORAL**

Ana Sofia Pinto(1); Rita Lopes Dinis(1); André Delgado(1); Marta Pereira(1); Ana Faísco(1)

(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

**Introdução**

       O bloqueio da fascia ilíaca suprainguinal constitui uma técnica regional bastante utilizada para analgesia da anca, coxa e joelho.1 As principais indicações para a sua realização incluem analgesia peri-operatória no contexto de fratura do colo do fémur, cirurgia de anca ou joelho e amputação acima do joelho.2 Apesar da vasta evidência existente sobre o seu papel em contexto de analgesia peri-operatória, os relatos da sua utilização com o objetivo anestésico ainda são escassos.3

         Neste caso clínico, pretende-se descrever a execução deste tipo de bloqueio como técnica anestésica principal numa doente em choque séptico, proposta para amputação transfemoral. Nesta situação clínica, realça-se a sua potencial utilidade e eficácia como técnica anestésica.

**Caso Clínico**

      Doente do sexo feminino, 82 anos, ASA IVE, dependente mas cognitivamente íntegra, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial, insuficiência cardíaca, doença arterial periférica e doença renal crónica. Internada pelo Serviço de Urgência por úlcera de grau IV infetada do membro inferior direito, com evolução para choque séptico (qSOFA 3) durante o internamento e proposta para amputação transfemoral urgente. Procedeu-se a otimização pré-operatória com escalada de antibioterapia e ressuscitação volémica.

           Como técnica anestésica, foi realizado um bloqueio da fascia ilíaca suprainguinal, ecoguiado, single shot, com administração de Ropivacaína 0,5% 40 ml. Esta técnica regional foi complementada com sedoanalgesia, através de perfusão de Cetamina (0,125 mg/kg/h) e bólus de Fentanil (50 mcg), tendo sido adequada para a execução cirúrgica. Durante o procedimento, objetivou-se agravamento da instabilidade hemodinâmica, com necessidade de início de suporte vasopressor com Noradrenalina (dose máxima 0,5 mcg/kg/min). No final da cirurgia, pela manutenção da disfunção de órgão com necessidade de aminas, foi transferida para a unidade de cuidados intensivos, onde manteve reposição volémica e antibiótica e efetuou desmame de suporte vasopressor nas primeiras 24 horas, mantendo-se sempre em ventilação espontânea. Apresentou evolução favorável, tendo alta para enfermaria ao fim de três dias.

**Discussão**

         O bloqueio da fascia ilíaca suprainguinal consiste na injeção de anestésico local abaixo da fascia ilíaca, com o objetivo de bloquear simultaneamente os nervos femoral, obturador e cutâneo lateral de coxa. Assim, através do bloqueio destas estruturas do plexo lombar, pode ser utilizado com segurança como principal técnica anestésica em cirurgias que envolvam dermátomos correspondentes a esta inervação, desde que seja aplicado um volume relativamente grande (20-40 ml) de anestésico local, visto que é um bloqueio dependente de volume.

           Desta forma, esta técnica regional pode ser uma opção anestésica segura e eficaz na cirurgia de amputação transfemoral, quando complementada com uma estratégia de sedoanalgesia, atendendo ao facto de os dermátomos implicados na inervação da coxa não serem completamente cobertos por este bloqueio. Apresenta benefícios sobretudo no caso de doentes frágeis, evitando os riscos associados a anestesia geral ou abordagem do neuro-eixo. Adicionalmente, possui como vantagens o facto de não exigir posicionamento do doente, ser um bloqueio relativamente superficial e apresentar baixa probabilidade de lesão nervosa ou vascular.

**Referências**

1. Anaesthesia. 2011; 66: 300-305
2. BJA Education. 2019; 19(6): 191-197
3. Reg Anesth Pain Med. 2022; 47(Suppl 1): A1–A315

