

## Disritmias Cardíacas Pós-Inserção de Cateter Venoso Central‡

L. E. Imbeloni, TSA¶, C. E. Sad§, H. P. Olleξ & R. Pappone‡

Imbeloni L E, Sad C E, Olle H P, Pappone R — Cardiac dysrhythmias caused by central venous catheter  
Rev Bras Anest, 1985; 35: 1: 73 - 76

**A**INCIDÊNCIA de disritmias cardíacas durante a anestesia é desconhecida<sup>1</sup>. Embora essas disritmias possam ser previstas em pacientes com doença cardíaca pré-existente, o distúrbio transitório do ritmo pode também ocorrer em pessoa normal, saudável ou em repouso. Contudo, durante o alterado estado hemodinâmico associado à anestesia, as disritmias podem rapidamente produzir efeitos deletérios no sistema cardiovascular, necessitando de terapia imediata para prevenir possíveis complicações indesejáveis.

Apresentaremos um caso de disritmia cardíaca no pré e pós-operatório imediato, tendo como causa a ponta de um cateter colocado, ao que se supunha, na veia cava superior.

### RELATO DO CASO

Paciente masculino, 72 anos, 60 kg, admitido no hospital com história de claudicação intermitente para 10 metros e nos últimos 7 meses incapacidade completa para deambulação. Internou-se para tratamento cirúrgico de oclusão arterial crônica e na investigação dos diversos sistemas, evidenciou-se extenso blastoma de pequena curvatura gástrica, sendo encaminhado à cirurgia geral, já que a doença arterial estava compensada.

Ao exame físico apresentava-se lúcido, orientado, anictérico, apirético, com ausculta pulmonar normal, ausculta cardíaca com SS (+ + /4+) em foco mitral e tricúspide. O hemograma estava normal, assim como a radiografia de tórax. O ECG revelou distúrbio de repolarização e raras extrassístoles ventriculares.

A endoscopia digestiva evidenciou:

**Esôfago:** sem alterações

**Estômago:** lesão gástrica mista maligna e como resultado da biópsia Adenocarcinoma gástrico ulcerado

**Duodeno:** bulbo duodenal deformado

Foi preparado para cirurgia gástrica com hiperalimentação parenteral durante 18 dias, através de punção da veia sub-clávia direita, sendo retirada na véspera da cirurgia em virtude de apresentar choque pirogênico.

Durante o preparo para cirurgia gástrica, desenvolveu quadro súbito de oclusão completa de membros inferiores, com possibilidade de perda dos membros. Foi pedido parecer da cirurgia vascular que optou pela revascularização dos membros inferiores.

O exame dos pulsos dos membros inferiores evidenciou:

	MID	MIE
Femoral	2 +	∅
Popliteo	∅	∅
Tibial posterior	∅	∅
Tibial anterior	∅	∅
Pedioso	∅	∅

Em discussão conjunta da clínica vascular e cirurgia geral foi proposta a seguinte conduta cirúrgica no mesmo tempo, em razão das condições clínicas do paciente (o que não é motivo de discussão na apresentação deste caso):

1º) Simpatectomia lombar bilateral + derivação aorto-bifemoral;

2º) Gastrectomia subtotal paliativa

**Anestesia** — Ficha de anestesia (Figura 1)

Na visita pré-anestésica optou-se pela não utilização de qualquer droga, em razão da dúvida quanto à cirurgia ser ou não realizada nesse dia. Ao chegar à sala de operação, foram injetados 0,1 mg de fentanil e 5 mg de droperidol na veia previamente canulizada no andar e iniciou-se a dissecação venosa interessando a veia umeral direita, sendo utilizado cateter radiotransparente.

‡ Trabalho realizado no Hospital de Ipanema/Inamps

¶ Anestesiologista. Intensivista do CTI do Hospital Miguel Couto

§ Residente de Cirurgia

ξ Intensivista

‡ Anestesiologista

Correspondência para L. E. Imbeloni  
Av. Epitácio Pessoa, 2566/410-A  
22471 - Rio de Janeiro, RJ

Recebido em 27 de abril de 1984

Aceito para publicação em 02 de agosto de 1984

© 1985, Sociedade Brasileira de Anestesiologia



eletrocardiográfico no pós-operatório (UIT) não evidenciasse sinais de IAM, assim como as disritmias permanecessem por mais de 24 horas, foi aventada a possibilidade da ponta do cateter se encontrar em ventrículo, funcionando como foco ectópico, fato

confirmado após o exame radiológico. Assim podemos concluir, que não se deve praticar a dissecação venosa ou mesmo colocação de cateter no sistema venoso central, sem controle radiológico antes da indução da anestesia, em se tratando de cirurgia de rotina.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carnes M A — Cardiac Dysrhythmias: In: Complications in Anesthesiology (Edited by: Orkin F K, Cooperman L H) J B Lippincott Co, Chapter, 1983; 14, pg 211 - 224.
2. Sinno M Z, Gunnar R M — Hemodynamic consequences of cardiac dysrhythmias. *Med Clin North Am*, 1976; 60: 69 - 80.
3. Montague T J, McPherson D D, MacKenzie R e col — Frequent ventricular ectopic activity without underlying cardiac disease: Analyses of 45 subjects. *Am J Cardiol*, 1983; 52: 981 - 984.
4. Kotler M N, Tabatznik B, Mower M M, Tominaga S — Prognostic significance of ventricular ectopic beats with respect to sudden death in the late post-infarction period. *Circulation*, 1973; 48: 959 - 966.
5. Dreifus L S, Ogawa S — Quality of the ideal antiarrhythmic drug *Am J Cardiol*, 1977; 39: 466 - 468.
6. Lane J C — Desfibrilação cardíaca. *Rev Bras Anest*, 1983; 33: 193 - 198.
7. Prys-Roberts C — Monitoring of the cardiovascular system. IN: *Monitoring in Anesthesia* (Edited by: Saidman L J, Ty Smith N) New Hourk, John Wiley e Sons, Chapter 4, pg 53 - 83, 1978.
8. Blackburn H, Taylor H L, Okamoto N e col — Standardization of the exercise electrocardiogram: A systematic comparison of chest lead configurations employed for monitoring during exercise. IN: *Physical activity and the heart* (Edited by: Karvonen M J, Barry A J) Springfield, 1111, Charles C Thomas, Chapter 9, pg 101, 1967.
9. Anderson J L, Harrison D C, Meffin P J, Winkle R A — Antiarrhythmic drugs: clinical pharmacology and therapeutic uses. *Drugs*, 1978; 15: 271 - 309.
10. Webre D R, Arens J F — Use of cephalic and basilic veins for introduction of central venous catheters. *Anesthesiology*, 1973; 38: 389 - 392.
11. Barroso F L — Cateterismo venoso central por punção percutânea. *Rev Col Bras Cir*, 1976; 3: 39 - 52.