

ANESTESIA PARA DOENTE PORTADOR DE PROGERIA

Relato de um caso

AP 2204

A progeria é um tipo de nanismo hipofisário no qual o doente apresenta, além de pequena estatura, sinais de degeneração da hipófise que se inicia antes da puberdade; o quadro simula o pan hipopituitarismo do tipo da doença de Simmonds, que se inicia ainda na infância; dessa maneira o enfermo apresenta aparência senil, queda de cabelos e de pelos, além de embranquecimento dos cabelos; a pele mostra elasticidade diminuída, é enrugada e seca; surge anemia, diminuição do metabolismo basal e hipoglicemia; insuficiência suprarrenal e de outras glândulas reguladas pela hipófise; a idade mental e óssea é maior que a prevista para a idade, podendo corresponder aos de 80 e mesmo 100 anos. Surgem, enfim, todos os sinais de degenerescência senil.

Os problemas anestésicos de um enfermo desse tipo são semelhantes aos de um pacientes de idade avançada.

No Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo tivemos a oportunidade de observar um enfermo desse tipo, que necessitou de anestesia.

Tratava-se de um doente do sexo masculino, branco, com 10 anos de idade, natural de São Paulo, nascido a 1-12-1961. Esteve internado em 1962 na Clínica Pediátrica do Hospital das Clínicas, com diagnóstico de esclerodermia, tendo o seu caso sido objeto de publicação por Marcondes et al, em 1963 (*Pediatria Prática*, 34(9):23-30, 1963). Em 1970 foi reinternado, quando então foi feito o diagnóstico de progeria. Durante a internação foi indicada exodontias múltiplas sob anestesia geral.

Tratava-se de um doente com QI e nível intelectual normais; psiquismo semelhante a um velho de 80 a 90 anos: irritável, impaciente, implicante, mostrando-se entretanto amoroso e dócil.

Facies senil; pele seca, de elasticidade diminuída, enrugada; cabelos e pelos escassos e embranquecidos; ausência de sobrancelhas e cílios. Mucosas descoradas, dentes em mau estado, formando uma dupla fileira, o que dificultava a alimentação; panículo adiposo escasso.

Elasticidade das articulações diminuída, movimentos espontâneos e passivos prejudicados ou mesmo impossíveis, pela fixação das articulações. Musculatura frágil.

Pressão arterial 120 x 80; frequência cardíaca 120, mucosas descoradas; frequência respiratória 24.

Exame dos diversos aparelhos compatível com um processo de degeneração senil. Idade óssea dos 94 anos.

Nos antecedentes, além de diversos episódios de desidratação, apresentava resfriados frequentes e fraturas dos membros por duas vezes.

Indicada cirurgia de exodontias múltiplas foi operado em 16-12-1971.

A anestesia proposta foi a inalatória, combinada com anestesia venosa.

Medicação pré-anestésica de 0,25 mg de sulfato de atropina, por via intramuscular, 50 minutos antes da anestesia.

O doente chegou à sala de cirurgia irritado, impaciente, implicante, porém aceitando bem todas as manobras necessárias para o início da anestesia.

A indução anestésica foi feita pela administração lenta de tiopental sódico a 2.5%, sendo necessários 225 mg para o enfermo perder a consciência;

A intubação foi auxiliada pela administração venosa de 40 mg de succinilcolina, seguida de ventilação artificial com oxigênio a 100%; a sonda utilizada foi do tipo Rusch, sem

balão, n.º 18; a entubação foi difícil, conseguida apenas na 2.^a tentativa, em virtude da limitação da abertura da boca, por fixação da articulação temporo-mandibular.

A manutenção da anestesia foi obtida com inalação de uma mistura de N_2O/O_2 a 50% e halotano a 0,3%, sob ventilação espontânea. Hidratação com 100 ml de soro glicosado a 5%. A duração da cirurgia foi de 40 minutos e a da anestesia de 95 minutos.

A pressão arterial não se alterou exceto no início da cirurgia quando se elevou de 40 mmHg, tanto a diastólica como a sistólica, normalizando-se com a injeção de uma dose suplementar de tiopental sódico de 50 mg.

A frequência cardíaca aumentou de 100 para 130 batimentos por minuto, acompanhando a elevação da pressão arterial.

A frequência respiratória manteve-se estável durante toda a cirurgia; não houve episódios de hipoxia ou de retenção de CO_2 , perceptíveis clinicamente.

Não foram feitos controles especiais do enfermo devido à sua difícil e dolorosa fixação das articulações e extrema escassez do panículo adiposo.

O doente despertou logo após a extubação, tendo sido encaminhado à enfermaria perfeitamente consciente, porém irritado, impaciente e implicante como antes da cirurgia.

O período pós-anestésico decorreu sem complicações.

DRA. ELIANORA MACHADO LOPES, E.A.

DRA. EUGESSE CREMONESI, E.A.

DR. GIL SOARES BAIÃO, E.A.

Serviço de Anestesia do Hospital das Clínicas
da Faculdade de Medicina da Universidade de
São Paulo, SP.