

Recomendações anestésicas para **Displasia arritmogênica do ventrículo direito**

Nome da doença: Displasia arritmogênica do ventrículo direito

ICD 10: I42.8

OMIM:

Sinônimos: Cardiomiopatia arritmogênica do ventrículo direito

Sumário da doença: A displasia arritmogênica do ventrículo direito (DAVD), também conhecida como cardiomiopatia arritmogênica, é uma cardiomiopatia hereditária. É desproporcionalmente representado em casos de morte inexplicada sob anestesia, mas existem poucos relats publicados sobre o manejo seguro da anestesia em pacientes com DAVD. A displasia arritmogênica do ventrículo direito é uma forma de cardiomiopatia genética que é uma causa bem conhecida de taquicardia ventricular e morte súbita, principalmente em atletas e jovens. A DAVD também é uma das principais causas de morte durante a anestesia. Em uma análise relatada de autópsias forenses, dezoito em cinquenta mortes perioperatórias em pacientes ASA 1 submetidos a procedimentos cirúrgicos, geralmente associados a mortalidade extremamente baixa, foram previamente encontrados na autópsia para mostrar características histológicas da DAVD. Nenhum desses pacientes tinham qualquer história cardíaca prévia. Quatro dos pacientes morreram na indução da anestesia, nove durante o procedimento cirúrgico e cinco dentro de 2 horas após a cirurgia ter sido concluída.

A prevalência estimada da DAVD na população geral é de cerca de 1 em 5.000. Os homens jovens são afetados cerca de três vezes mais frequentemente do que as mulheres, com uma prevalência mais elevada (até 0,8%) relatada em certas partes da Itália (Veneto) e Grécia (Ilha de Naxos). A uma taxa de prevalência de 1 em 5.000, a maioria dos anestesistas encontrará pacientes com DAVD, em alguns dos quais o diagnóstico pode não ter sido estabelecido. A demonstração histológica de atrofia do miócito e substituição fibrogordurosa transmural do miocárdio do ventrículo direito é típica dessa condição. A imunohistoquímica para placoglobina também pode aumentar a precisão desse diagnóstico. Curiosamente, em 70% dos casos, o ventrículo esquerdo também está envolvido. A DAVD é causada por mutação nas proteínas desmossomais placofilina 2 (PKP2), desmogleina 2 (DSG2), desmocolina 2 (DSC2), desmoplaquina (DSP) e placoglobina (JUP) e outras.

A medicina está em desenvolvimento



Talvez haja novo conhecimento

Cada paciente é único

Talvez o diagnóstico esteja errado



Encontre mais informações sobre a doença, os seus centros de referência e organizações de pacientes na Orphanet: www.orpha.net

Cirurgia típica

Os pacientes podem se apresentar para qualquer tipo de cirurgia, desde pequenas condições dentárias e ginecológicas até grandes operações vasculares e cardíacas.

Tipo de anestesia

Tanto a anestesia geral quanto a regional foram descritas para o manejo desses pacientes. Há escassez de dados sobre as técnicas anestésicas mais seguras para esses pacientes. Recomenda-se evitar determinados agentes anestésicos, embora a base de evidências para essas recomendações seja anedótica. O uso de agentes como succinilcolina e anestésicos voláteis foi desencorajado. No entanto, a manutenção de condições hemodinâmicas ideais para perfusão miocárdica pode ser a melhor estratégia de proteção contra a fibrilação ventricular nesses pacientes.

O uso de monitoramento invasivo no perioperatório tem sido recomendado. A colocação de cateter de artéria pulmonar (CAP) pode levar à fibrilação ventricular devido à estimulação mecânica das estruturas ventriculares direitas e o risco versus benefício deve ser cuidadosamente considerado.

Exames adicionais pré-operatórios necessários (além do cuidado padrão)

Deve-se destacar que em muitos dos pacientes com DAVD que se apresentam para cirurgia, o diagnóstico pode não ser conhecido no pré-operatório e, portanto, nenhuma investigação específica feita. Os pacientes com DAVD conhecida e sintomática geralmente têm dispositivos desfibriladores implantáveis (CDI) *in situ*. É importante continuar a medicação antiarrítmica no perioperatório.

Preparação específica para o manejo da via aérea

Não reportado.

Preparação específica para transfusão ou administração de hemoderivados

Não reportado.

Preparação específica para anticoagulação

Não reportado.

Precauções específicos para posicionamento, transporte e mobilização

Não reportado.

Interações entre fármacos anestésicos e medicações de uso contínuo

Continue com a medicação antiarrítmica no perioperatório. Se um CDI ou marca-passo estiver *in situ*, certifique-se de que sua função seja verificada no pré-operatório e que o dispositivo seja colocado em um modo compatível com o uso de diatermia intra-operatória.

Procedimento anestésico

Tanto a anestesia geral quanto a regional foram descritas para o manejo desses pacientes. Há escassez de dados sobre o manejo anestésico mais seguro desses pacientes. Recomenda-se evitar determinados agentes anestésicos, embora a base de evidências para essas recomendações seja anedótica. O uso de agentes como succinilcolina e anestésicos voláteis foi desencorajado. No entanto, a manutenção de condições hemodinâmicas ideais para perfusão miocárdica e monitoramento adequado pode ser a melhor estratégia de proteção contra a fibrilação ventricular nesses pacientes.

Monitorização específica ou adicional

Monitorização invasiva da pressão sanguínea, bem como monitorização não invasiva usual para cirurgia, e ECG são considerados obrigatórios.

Equipamento externo de desfibrilação e estimulação deve estar disponível e conectado ao paciente por meio de eletrodos de desfibrilação/estimulação externa antes da indução da anestesia.

Complicações possíveis

Arritmias ventriculares.

Cuidados pós-operatórios

Recomenda-se a realização de ECG pós-operatório e monitoramento hemodinâmico invasivo até que a estabilidade cardiovascular seja estabelecida por um período pós-operatório adequado, compatível com a duração e o tipo de procedimento cirúrgico realizado.

Informações sobre situações de emergência / diagnóstico diferencial

Pacientes com DAVD conhecida devem sempre consultar um cardiologista especializado em eletrofisiologia no pré-operatório. A complicação perioperatória mais provável é a arritmia ventricular e protocolos de tratamento para taquicardia ventricular ou fibrilação ventricular devem estar disponíveis e seguidos.

Anestesia ambulatorial

Devido à alta incidência de morbidade em pacientes com DAVD conhecida submetidos a cirurgia, a anestesia ambulatorial não é recomendada; esses pacientes devem ser internados e monitorados no pós-operatório, conforme discutido acima.

Anestesia obstétrica

Semelhante a outros tipos de cirurgia.

Referências e links da internet

1. Corrado D, Basso C, Schiavon M, Thiene G. Screening for hypertrophic cardiomyopathy in young athletes. *N Engl J Med* 1998; Aug 6;339(6):364-9
2. Staikou C, Chondrogiannis K, Mani A. Perioperative management of hereditary arrhythmogenic syndromes. *Br J Anaesth* 2012; May 108(5):730-44
3. Alexoudis AK, Spyridonidou AG, Vogiatzaki TD, Iatrou CA. Anaesthetic implications of arrhythmogenic right ventricular dysplasia/cardiomyopathy. *Anaesthesia* 2009 Jan;64(1):73-8
4. Valchanov K, Goddard M, Ghosh S. Anesthesia for heart transplantation inpatients with arrhythmogenic right ventricular dysplasia. *J Cardiothorac Vasc Anesth* 2014; Apr 28(2):355-7.

Data da última modificação: **Setembro de 2016**

Esta recomendação foi preparada por:

Autores

Kamen Valchanov, Papworth Hospital, Cambridge, United Kingdom
kamen.valchanov@papworth.nhs.uk

Sunit Ghosh, Papworth Hospital, Cambridge, United Kingdom
sunit.ghosh@papworth.nhs.uk

Divulgações Os autores não têm interesse financeiro ou outro interesse concorrente a divulgar. Esta recomendação não foi financiada.

Esta recomendação foi revisada por:

Revisores

Guy Fontaine, Unité de rythmologie, Institut de Cardiologie, Centre Hospitalier Universitaire Pitié Salpêtrière, Université Pierre et Marie Curie, Paris, France
guy.fontaine2@numericable.fr

Pyotr G. Platonov, Department of Cardiology, Clinical Sciences, Lund University, Lund, Sweden
Pyotr.Platonov@med.lu.se

Divulgações Os revisores não têm interesse financeiro ou outro interesse concorrente a divulgar.

Observe que esta diretriz não foi revisada por dois anesthesiologistas, mas por dois especialistas na doença.

Esta recomendação foi traduzida para o português (08/2020) por:

Carlos R Degrandi Oliveira, Anesthesiologista, MD, TSA, MSc; Hospital Guilherme Álvaro, Santos, Brasil
degrandi@gmail.com
