

ANESTESIA INTRAVENOSA TOTAL EM PACIENTE COM ESTENOSE SUBAORTICA

¹Gabriel Marley Viana Leal; ²Juliana dos Reis Silva; ³Maria Alice Batista de Araújo; ⁴Eduardo Antônio Lima Oliveira; ⁵José Luís de Sousa Santana; ⁶Flávio Ribeiro Alves

^{1,2,3,4}Graduandos em Medicina Veterinária pela Universidade Federal do Piauí – UFPI; ⁵Mestrando em Medicina Veterinária pela Universidade Federal do Piauí – UFPI; ⁶Docente do Departamento de Morfofisiologia Veterinária pela Universidade Federal do Piauí - UFPI.

Área Temática: Clínica e Cirurgia de Pequenos Animais

E-mail do autor: gabriel.leal@ufpi.edu.br

INTRODUÇÃO: A estenose subaórtica (ESA) é uma das cardiopatias congênitas mais comuns em cães, caracterizada pelo estreitamento da via de saída do ventrículo esquerdo. Com maior prevalência em raças de grande porte, os sinais clínicos incluem síncope, arritmias, intolerância ao exercício e morte súbita. O tratamento pode ser cirúrgico, como a valvoplastia aórtica por balão, ou medicamentoso com o uso de betabloqueadores. Entretanto, o manejo anestésico de cães com ESA submetidos a procedimentos não cardíacos representa um desafio, devido ao risco aumentado de instabilidade hemodinâmica. Nestes casos, busca-se preservar a perfusão e o débito cardíaco, mantendo a frequência cardíaca baixa e evitando picos hipertensivos. A anestesia intravenosa total (AIVT) tem se mostrado uma alternativa eficaz, por proporcionar maior estabilidade cardiovascular e menor risco de hipotensão. Além disso, pode-se destacar a ausência de relatos na literatura envolvendo a utilização de AIVT em pacientes acometidos por essa afecção. **OBJETIVO:** Relatar, de forma inédita, o manejo anestésico de uma cadela da raça Rottweiler com ESA tipo II moderada, submetida à ovariohisterectomia terapêutica devido a piometra fechada. **MÉTODOS:** O ecocardiograma realizado no período pré-operatório revelou disfunção diastólica grau II, insuficiência mitral leve e aórtica importante, e ESA tipo II. O eletrocardiograma não apresentou alterações. Os exames hematológicos apresentaram leucocitose com neutrofilia absoluta e não houve alterações nos bioquímicos. A pré-medicação incluiu dexmedetomidina (3 mcg/kg), metadona (0,2 mg/kg) e midazolam (0,15 mg/kg) por via intramuscular. A indução anestésica foi realizada com propofol por via intravenosa (1 mg/kg/min), associado a lidocaína (2 mg/kg). A manutenção utilizou propofol em infusão contínua (150 a 80 mcg/kg/min), remifentanil (15 a 20 mcg/kg/h), lidocaína (2 mg/kg/h), cetamina (1,2 mg/kg/h) e dexmedetomidina (1 mcg/kg/h). **RESULTADOS:** O procedimento foi concluído com estabilidade hemodinâmica satisfatória e sem intercorrências. A recuperação anestésica foi rápida e sem complicações. No pós-operatório, administraram-se dipirona (25 mg/kg), meloxicam (0,1 mg/kg) e metadona (0,2 mg/kg). A escolha da AIVT visou minimizar o risco de hipotensão, o que foi alcançado com o protocolo adotado. A combinação de fármacos com efeitos sinérgicos permitiu a redução das doses de propofol, favorecendo analgesia eficaz e estabilidade cardiovascular. A dexmedetomidina contribuiu para sedação e manutenção da resistência vascular sistêmica mantendo a perfusão tecidual adequada, com redução da frequência cardíaca e melhora do débito cardíaco; já a cetamina e a lidocaína atuaram na redução do consumo anestésico. O remifentanil proporcionou analgesia intraoperatória sem comprometer a função cardiovascular. **CONCLUSÃO:** O presente relato reforça a viabilidade e segurança da anestesia intravenosa total como alternativa eficaz no manejo anestésico de pacientes com cardiopatias congênitas, especialmente em situações emergenciais.

Palavras-chave: Doença cardíaca estrutural, Cardiopatia congênita, Anestesia em cardiopatas.