

Parada cardiorrespiratória após infusão de ondansetrona em cirurgia plástica: relato de caso

FERNANDO SALGUEIRO SIMÕES, LUIZ ALCEBÍADES OLIVEIRA, DANIEL BACCO VILELA, GABRIEL VIEIRA BRAGA FERRAZ COELHO, MÁRIO EDUARDO PEREIRA MONTEIRO DE BARROS, JAYME ADRIANO FARINA JÚNIOR

Introdução

Ondansetrona é um antagonista de receptor de serotonina potente e altamente seletivo (antagonista 5HT₃), amplamente utilizado na prevenção e no tratamento de náuseas e vômitos pós-operatórios (NVPO) e para prevenção de vômitos relacionados ao uso de quimioterápicos. Sua segurança clínica foi comprovada em vários trabalhos, sendo frequentemente recomendado seu uso no intra e pós-operatório imediato, principalmente no pós-operatório de cirurgias plásticas, onde náuseas e vômitos podem comprometer o repouso e favorecer a formação de seromas e hematomas. Contudo, existem raros relatos de efeitos cardiovasculares adversos após uso dessa medicação.

Objetivo

Neste artigo, relatamos um caso de parada cardiorrespiratória e óbito seguido da administração de ondansetrona para prevenção e tratamento de NVPO no pós-operatório imediato de plástica mamária masculina para correção de ginecomastia.

Relato do caso

Paciente do sexo masculino, 34 anos, 100 kg, 1,86 m, IMC 28,6, portador de ginecomastia bilateral grau IIB segundo a classificação de Simon, desde a adolescência (ginecomastia fisiológica). Em seu passado médico não havia descrições de comorbidades, cirurgias prévias ou alergias medicamentosas. Foi submetido a lipos aspiração em plano subglandular bilateralmente, seguida de adenectomia periareolar

sem intercorrências, tendo o ato cirúrgico durado cerca de 2 horas. Para tal procedimento, o paciente foi submetido a anestesia geral associada a bloqueio local. A anestesia geral consistiu no uso de fentanil, rocurônio e propofol. Foram ainda utilizadas cefazolina na indução anestésica e sintomáticos ao final da anestesia (tramadol, cetoprofeno, dipirona, ranitidina, decadron e 8 mg de ondansetrona). No bloqueio local, foi utilizada solução de lidocaína a 0,5%, ropivacaína a 0,25% e adrenalina a 1:500.000. Após o procedimento, o paciente foi levado à unidade de recuperação pós-anestésica, tendo permanecido por 6 horas sem complicações. Manteve-se, neste período, apenas com hidratação endovenosa (500 ml de solução fisiológica), que foi suspensa e iniciada dieta branda. Ao se levantar para ir ao banheiro, apresentou episódio de vômito alimentar. Nesse momento, foi administrado 8 mg de ondansetrona diluída em 20 ml de solução fisiológica. Logo após a administração da ondansetrona, o paciente passou a referir desconforto respiratório intenso, mal estar e náuseas, tendo sido reinstalada monitorização contínua e aporte de oxigênio a 12 litros/min. Seguiu-se novo episódio de vômito, taquicardia (FC:130bpm), hipotensão arterial (PA:100/50), bradipneia, cianose central, diminuição da consciência e dessaturação intensa e rápida. Realizada intubação orotraqueal e identificada parada cardiorrespiratória (PCR) em AESP. Iniciadas manobras de reanimação cardiorrespiratórias como preconizadas pelo ACLS e solicitado

auxílio da equipe da cardiologia, que acompanhou toda a reanimação. Após 20 minutos, o ritmo de AESP se converteu em fibrilação ventricular. Realizada desfibrilação, apresentando atividade elétrica, ritmo sinusal, pulsos carotídeos e femorais amplos, saturando 84%, FC: 125 bpm, PA: 120/76, pupilas midriáticas e não fotorreativas. Iniciada noradrenalina a 3 mcg/kg/min, permanecendo o paciente estável por cerca de 10 minutos, quando evoluiu com nova PCR em AESP. Repetidas manobras de reanimação, tendo retornado ritmo cardíaco com 5 minutos, com os seguintes parâmetros: FC112 bpm, PA: 142/51, sat O₂ 86%. Traçado ecocardiograma, que não evidenciava alterações sugestivas de isquemia miocárdica. Passou, então, a apresentar grande quantidade de secreção sero-sanguinolenta pelo tubo orotraqueal e anúria. Nesse momento, paciente foi transferido para Unidade de Terapia Intensiva, permanecendo instável, diagnosticado edema cerebral pós-parada e evoluindo com nova PCR cerca de 10 horas após a primeira parada, desta vez sem resposta às manobras de RCP. Eletrólitos do paciente, aferidos após o evento, não se apresentaram alterados em nenhum momento, oscilando o sódio entre 142 e 149 e potássio entre 3,2 e 5,1. A necropsia evidenciou edema pulmonar e edema cerebral, secundário às PCRs repetidas. Não foram encontrados sinais de infarto ou obstrução coronariana, tendo sido identificado apenas hipertrofia e dilatação leve do ventrículo esquerdo, com aumento do peso do coração.