

CRPO na nossa população e que se confeccione o modelo de risco, contudo, pudemos observar um menor número de procedimentos eletivos do que o habitual, provavelmente em decorrência da pandemia COVID-19. Da mesma forma, menos pacientes se apresentam com resfriado recente, visto que a possibilidade da IVAS ser uma infecção por coronavírus leva a intolerância dessa condição para realização de cirurgias eletivas.

## 2522

### **RELATO DE CASO: RECONSTRUÇÃO DE LÁBIO INFERIOR COM RETALHO PEITORAL POR ESTÁGIOS**

DÉBORA LANA DE CÉSARO OLIVESKI; JUAN JOSÉ CUBILLA ROJAS; MARCUS VINICIUS MARTINS COLLARES; CIRO PAZ PORTINHO; ANTONIO CARLOS PINTO OLIVEIRA; GALO ANDRÉS VERDUGO AVALOS; AUGUSTO NATORF GOTUSSO; FRANCISCO RAMON TELES OLIVEIRA; MÔNICA ALEXANDRA JIMENEZ ZERPA  
HCPA - Hospital de Clínicas de Porto Alegre

**Introdução:** Os lábios são a principal parte da porção inferior da face, possuem funcionalidades essenciais e pequenas alterações nessas estruturas são perceptíveis e podem levar a mudanças na comunicação, alimentação e continência salivar. Os defeitos dessa região são causados, principalmente, por lesões traumáticas, infecções, anomalias congênitas e tumores. O tumor mais frequente é o Carcinoma Espinocelular (CEC), responsável por mais de 90% dos casos de câncer de cavidade oral. O tratamento é cirúrgico e a ressecção desse tumor pode resultar em alterações significativas na aparência e funcionalidade labial. Em face da importância dos lábios para a estética e qualidade de vida do indivíduo e da alta frequência de câncer bucal, a escolha da técnica adequada para a reconstrução labial é essencial para atingir-se um resultado funcional e esteticamente satisfatório. Este trabalho tem como objetivo relatar o tratamento cirúrgico de um paciente com lesão de lábio inferior com comprometimento maior que 80%, submetido à técnica de reconstrução com retalho miocutâneo peitoral pelo Serviço de Cirurgia Plástica do HCPA. **Descrição do caso:** Paciente masculino, 49 anos, caucasiano, ex-tabagista, não elitista, sem outras comorbidades, sem histórico de câncer de pele tampouco histórico familiar. Foi encaminhado ao Serviço de Cirurgia Plástica do HCPA devido lesão no lábio inferior com início há 2 anos, não dolorosa e com crescimento progressivo. A biópsia diagnosticou um CEC. Foi realizada a exérese total do lábio inferior e da comissura direita e, no mesmo tempo cirúrgico, a reconstrução com retalho peitoral. Foram necessárias quatro etapas cirúrgicas para chegar no resultado final, restabelecendo a funcionalidade da região. **Conclusão:** O retalho peitoral continua sendo uma importante ferramenta para reconstruções, especialmente para defeitos maiores que 80% e com perdas de tecidos adjacentes. Uma análise criteriosa e multidisciplinar é fundamental na hora de decidir a melhor técnica cirúrgica. Assim, para um adequado resultado funcional e estético, o paciente deve estar ciente da necessidade de futuras cirurgias.

## 2527

### **ÓBITO EM PÓS-OPERATÓRIO DE HEPATECTOMIA DIREITA SOB ANALGESIA PERIDURAL - SUSPEITA DE INTOXICAÇÃO POR ANESTÉSICO LOCAL**

LORENZO LONGO MAKARIEWICZ; VITOR DA AGOSTIM CANCELIER; GABRIEL CARDOSO DE SOUZA; DIRCIELLEN WEBER; THALIA MICHELE VIER SCHMITZ; LUÍSA GAILHARD BRITO; GABRIEL PETROLI; SÁVIO CAVALCANTE PASSOS; ADRIENE STAHLSCHMIDT; LUCIANA PAULA CADORE STEFANI  
HCPA - Hospital de Clínicas de Porto Alegre

**Introdução:** Anestesia peridural fornece analgesia de qualidade, reduzindo complicações e promovendo mobilização após cirurgias de abdômen superior. Embora empregada em ressecção hepática, há dúvidas em relação à segurança neste cenário. **Relato:** Feminino, 53 anos, 73kg, HAS, DM tipo 2, anemia, submetida a hepatectomia parcial por metástases de adenocarcinoma de cólon (T3N0M1, nódulos segmentos V,VI e VII). Procedeu-se à anestesia geral + bloqueio peridural, cateter (CPD) inserido 5cm, nível T7-T8, atraumático, dose teste com adrenalina. Duração cirúrgica de 8 horas, sangramento 1400ml, retirada peça de 708g, fígado remanescente 490cm<sup>3</sup>. Realizados bolus CPD no intraoperatório, dose total ropivacaína/8h: 3,2mg/kg. Admitida em CTI acordada, uso de noradrenalina (máxima 0,05mcg/kg/min, pausada em 6 horas), dor 10/10 EAV, manejada com morfina 3mg EV e infusão contínua (IC) de bupivacaína 0,125% em CPD. Seguiu com dor forte nas 12h seguintes, recebendo ao todo 12mg de morfina EV. Administração de bupivacaína 0,125% como segue: bolus 5ml + IC 5ml/h por 4h; bolus 5ml +IC 6ml/h por 8h; bolus 7ml + IC 8ml/h por 2h; bolus 5ml +IC 10ml/h por 10h (dose total bupivacaína: 257,5mg/24h; 3,52mg/kg). Nesse período, avaliação dos cuidados pós-anestésicos testou nível sensitivo de T7-L3. Exames PO: INR 2,01; BT 0,7; TGO 480; TGP 146; fator V 45%; TFG 77. Alta da CTI no 1º PO, sinais vitais estáveis, acordada, dor controlada. Após 1h30, chamado TRR por convulsão tônico-clônica generalizada, tratada com diazepam. Evolução para PCR em assistolia, ROSC 16min após adrenalina, bicarbonato, cálcio e naloxona. Procedeu-se intubação, estabilizada 10min e transporte para a CTI. Na chegada, nova PCR em assistolia, ressuscitação 25min, sem retorno à circulação espontânea. Hipóteses causais principais: intoxicação por anestésico local e hipóxia pós-ictal. **Conclusão:** Diagnóstico de toxicidade do anestésico local aventado devido à combinação de infusão prolongada, bolus recente, reduzida capacidade metabólica hepática pós-ressecção e convulsão em período de tempo congruente. Anestésicos tipo amida sofrem extenso e lento metabolismo hepático, determinando meia vida longa, podendo apresentar efeito cumulativo em doses repetidas. O relato visa aprimorar protocolos de segurança para manejo PO dos anestésicos locais, ressaltando a importância de cuidado individualizado e monitorização constante de sinais de toxicidade. Ademais, a impossibilidade de realizar autópsia impede o diagnóstico final.