

CIRURGIA PARA DRENAGEM DE ABSCESSO CUTÂNEO EM PACIENTE COM ESCLEROSE MÚLTIPLA E SÍNDROME DE EHLERS-DANLOS: RELATO DE CASO

SURGICAL DRAINAGE OF A CUTANEOUS ABSCESS IN PATIENT WITH MULTIPLE SCLEROSIS AND EHRLES-DANLOS SYNDROME: A CASE REPORT

THAIS LIMA DOURADO¹, GUSTAVO SIQUEIRA ELMIRO¹, BRUNO ALVES RODRIGUES¹, GIULLIANO GARDENGHI^{1,2,3}

1. Clínica de Anestesia de Goiânia (CLIANEST) – Goiânia/GO

2. Hospital ENCORE- Aparecida de Goiânia/GO

3. Instituto de Neurologia de Goiânia – Goiânia/GO

RESUMO

Introdução: Pacientes com esclerose múltipla (EM) e síndrome de Ehlers-Danlos (SED) apresentam desafios específicos ao manejo anestésico, especialmente em contexto de infecção ativa e múltiplas medicações. **Relato do caso:** Mulher, 38 anos, portadora de EM, SED e hipotireoidismo, em uso de beta-interferona, levotiroxina, escitalopram, zolpidem e daptomicina, foi submetida à drenagem de abscesso cutâneo em membro inferior. Realizou-se anestesia geral balanceada com propofol, fentanil e sevoflurano, com manutenção em ventilação espontânea sob máscara laríngea, associada a bloqueio do nervo femoral e do nervo cutâneo lateral da coxa guiados por ultrassom com ropivacaína 0,5%. O procedimento transcorreu com estabilidade hemodinâmica e respiratória, sem intercorrências e sem piora neurológica no pós-operatório imediato. **Conclusão:** A combinação de anestesia geral balanceada em baixas doses com máscara laríngea, ventilação espontânea e bloqueios periféricos guiados por ultrassom mostrou-se estratégia segura e eficaz em paciente com EM e SED, representando alternativa prudente à anestesia neuraxial em cenário de comorbidades complexas.

Palavras chave: Esclerose múltipla, Síndrome de Ehlers-Danlos, Anestesia geral, Bloqueio de nervo periférico, Abscesso, Relato de caso.

ABSTRACT

Introduction: Multiple sclerosis (MS) and Ehlers-Danlos syndrome (EDS) pose specific challenges to anesthetic management, particularly in the setting of active infection and polypharmacy. Careful

selection of anesthetic technique is essential to minimize hemodynamic instability, neurological worsening, and tissue injury. Case report: A 38-year-old woman with MS, EDS and hypothyroidism, on beta-interferon, levothyroxine, escitalopram, zolpidem and daptomycin, was scheduled for surgical drainage of a cutaneous abscess in the lower limb. General anesthesia was induced with propofol and fentanyl and maintained with sevoflurane under spontaneous ventilation through a laryngeal mask airway. Ultrasound-guided femoral nerve block and lateral femoral cutaneous nerve block were performed using 0.5% ropivacaine to provide regional analgesia. Intraoperative monitoring showed stable hemodynamics, adequate oxygenation and ventilation, without adverse events. No new neurological deficits or block-related complications were observed in the immediate postoperative period. Conclusion: Low-dose balanced general anesthesia with laryngeal mask airway, spontaneous ventilation and ultrasound-guided peripheral nerve blocks proved to be a safe and effective strategy for abscess drainage in a patient with MS and EDS, and may be considered a prudent alternative to neuraxial anesthesia in similar complex scenarios.

Keywords: Multiple sclerosis, Ehlers-Danlos syndrome, General anesthesia, Peripheral nerve block, Abscess; Case report.

INTRODUÇÃO

A esclerose múltipla (EM) é doença inflamatória desmielinizante crônica do sistema nervoso central, com potencial de surtos desencadeados por infecção, hipertermia, estresse cirúrgico, alterações metabólicas e variações hemodinâmicas significativas.^{1,2} Técnicas de anestesia geral e regional podem ser utilizadas em portadores de EM, desde que mantidas normotermia, estabilidade cardiovascular e monitorização neurológica adequada.^{1,2}

A síndrome de Ehlers-Danlos (SED) é um grupo de desordens hereditárias do tecido conjuntivo, marcada por hipermobilidade articular, fragilidade cutânea e vascular, propensão a hematomas e possíveis dificuldades em acesso vascular, manejo de via aérea e punções.^{3,4} Recomenda-se manipulação atraumática, cuidado no posicionamento e atenção a risco hemorrágico e de complicações teciduais.^{3,4}

A coexistência de EM, SED, hipotireoidismo e uso de imunomoduladores, psicotrópicos e antimicrobianos torna o planejamento anestésico mais complexo, sobretudo na presença de foco infeccioso ativo. Este relato descreve o manejo anestésico de paciente com EM e SED, junto de múltiplas comorbidades, submetida à drenagem de abscesso em membro inferior, enfatizando o uso de anestesia geral balanceada associada a bloqueios periféricos guiados por ultrassom como alternativa segura à anestesia neuraxial.

RELATO DO CASO

Paciente feminina, 38 anos, portadora de EM, SED e hipotireoidismo, em seguimento ambulatorial regular, classificada como ASA II. Fazia uso de levotiroxina, escitalopram, zolpidem e beta-interferona de aplicação regular para EM. Em contexto de infecção de partes moles, encontrava-se em uso de daptomicina conforme prescrição da equipe infectologista.

Deu entrada no hospital com dor intensa, hiperemia, calor local, eritema e áreas de flutuação em membro inferior, sendo diagnosticado abscesso cutâneo em membro inferior, com indicação de drenagem cirúrgica em caráter de urgência relativa.

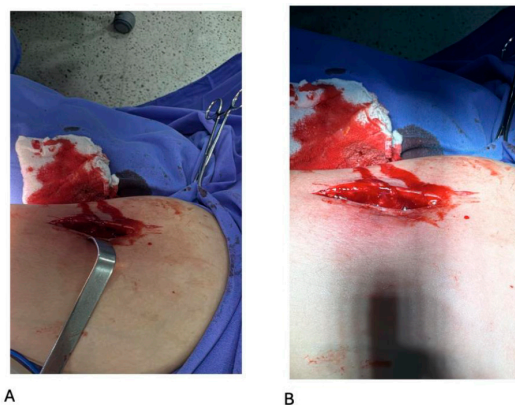


Figura 1. Aspectos intraoperatórios da drenagem de abscesso cutâneo em membro inferior. (A) Incisão inicial evidenciando coleção purulenta e bordas infiltradas do tecido subcutâneo. (B) Ampliação da incisão com exposição completa da cavidade e remoção do conteúdo purulento, permitindo adequada drenagem e desbridamento.

Na avaliação pré-anestésica, encontrava-se em bom estado geral, afebril, consciente e orientada, sem novos déficits neurológicos em relação ao basal. Exame cardiorrespiratório sem alterações significativas. Exames laboratoriais dentro de parâmetros aceitáveis para o procedimento (não tive acesso ao prontuário final, para comparar se teve alguma alteração). Não havia história de complicações anestésicas prévias. Foram considerados como pontos críticos: risco de exacerbação da EM, fragilidade tecidual e vascular pela SED, necessidade de técnica atraumática, manutenção de normotermia e análise de possíveis interações medicamentosas. Não foram empregadas técnicas anestésicas neuraxiais, considerando a presença de doença desmielinizante, distúrbio do tecido conjuntivo e existência de alternativa segura com bloqueios periféricos.

Técnica anestésica

Na sala operatória, foi instituída monitorização com eletrocardiograma contínuo, pressão arterial não invasiva, oximetria de pulso e capnografia.

Realizou-se anestesia geral balanceada com indução venosa por propofol 100 mg e fentanil 60 mcg, seguida de inserção de máscara laríngea adequada, mantendo-se ventilação espontânea com oxigênio e sevoflurano em concentrações tituladas ao plano anestésico.

Como adjuvante analgésico, foram realizados bloqueio do nervo femoral e bloqueio do nervo cutâneo lateral da coxa, ambos guiados por ultrassom, utilizando ropivacaína 0,5% em volume apropriado para cobertura do território cirúrgico, evitando punção em áreas com sinais flogísticos.

Evolução intraoperatória

A cirurgia transcorreu sem intercorrências (figura 1). Os registros do monitor multiparamétrico demonstraram sinais vitais estáveis durante todo o procedimento, frequência cardíaca entre 74–97 bpm, em ritmo sinusal; Saturação de oxigênio entre 95–

100%; Capnografia com ondas regulares e Dióxido de carbono expirado final entre 38–49 mmHg; Pressão arterial não invasiva entre aproximadamente 98/61 mmHg e 126/99 mmHg (figura 2).



Figura 2. Imagens do monitor multiparamétrico demonstrando parâmetros hemodinâmicos e ventilatórios estáveis ao longo do procedimento. As imagens 2A e 2B correspondem ao período inicial da anestesia, enquanto as imagens 2C e 2D representam o momento após extubação traqueal, mantendo estabilidade dos sinais vitais. Não houve necessidade de uso de vasopressores, nem ocorrência de episódios de dessaturação, arritmias ou dificuldade ventilatória.

Não houve necessidade de vasopressores, nem episódios de dessaturação, broncoespasmo, arritmias ou dificuldade ventilatória com máscara laríngea. O procedimento de drenagem do abscesso foi concluído sem intercorrências.

Ao término, o sevoflurano foi gradualmente reduzido, mantendo ventilação espontânea adequada. A máscara laríngea foi retirada em plano superficial seguro, com a paciente acordada, colaborativa, hemodinamicamente estável e com analgesia satisfatória. Na sala de recuperação pós-anestésica, não apresentou queixas neurológicas novas, nem sinais de complicações relacionadas aos bloqueios periféricos ou à via aérea. Permaneceu internada para seguimento clínico e controle infeccioso.

DISCUSSÃO

O caso evidencia desafios e estratégias no manejo anestésico de paciente com EM e SED em contexto de infecção ativa. Na EM, fatores como infecção, hipertermia e instabilidade hemodinâmica podem precipitar piora transitória ou surtos, exigindo planejamento anestésico cuidadoso.¹ A literatura descreve uso seguro de anestesia geral e regional, ressaltando a importância da individualização, manutenção rigorosa da normotermia e vigilância neurológica no perioperatório.¹ No presente relato, a opção por anestesia geral em baixas doses, com sevoflurano, ventilação

espontânea e monitorização contínua, atendeu a esses princípios e permitiu adequado controle anestésico com mínima interferência neurológica.

Na SED, a fragilidade de tecidos e vasos impõe atenção redobrada ao posicionamento, às punções e ao manejo da via aérea.^{3,4} A escolha da máscara laríngea, inserida com técnica delicada, pode reduzir o risco de trauma de mucosas e estruturas cervicais quando comparada à intubação orotraqueal em pacientes selecionados. De forma complementar, o uso de bloqueios periféricos guiados por ultrassom favorece maior precisão, menor número de punções e redução do volume de anestésico local, aumentando a segurança, especialmente em cenários nos quais áreas infectadas devem ser evitadas.^{3,4}

Adicionalmente, a associação de bloqueios periféricos à anestesia geral mostrou-se vantajosa ao proporcionar analgesia eficaz, reduzir a necessidade de opioides sistêmicos e atenuar a resposta ao estresse cirúrgico, aspectos particularmente relevantes em pacientes com EM. Essa abordagem pode contribuir para maior estabilidade autonômica e menor risco de exacerbações neurológicas no período perioperatório, conforme sugerido por séries clínicas e relatos prévios.^{5,6} A estabilidade hemodinâmica, ausência de eventos respiratórios, adequada ventilação espontânea e ausência de piora neurológica imediata reforçam a viabilidade da estratégia escolhida.^{5,6}

A decisão de não realizar bloqueio neuraxial foi fundamentada na combinação de fatores de risco presentes, incluindo doença desmielinizante, distúrbio do tecido conjuntivo e a disponibilidade de uma alternativa analgésica eficaz e menos invasiva. Essa conduta se alinha a uma abordagem prudente, frequentemente recomendada em situações complexas, nas quais a soma dos riscos potenciais pode superar os benefícios do bloqueio central.^{5,6} A ausência de instabilidade hemodinâmica, eventos respiratórios ou piora neurológica imediata no pós-operatório reforça a viabilidade e a segurança da estratégia adotada.^{5,6}

CONCLUSÃO

A combinação de anestesia geral balanceada em baixa dose com máscara laríngea, manutenção de ventilação espontânea e bloqueios periféricos guiados por ultrassom com ropivacaína a 0,5% mostrou-se uma estratégia segura e eficaz para a drenagem de abscesso em membro inferior em paciente com EM, SED e hipotireoidismo, reforçando a importância da individualização da técnica anestésica, da escolha criteriosa dos métodos analgésicos e da monitorização rigorosa no manejo de pacientes com múltiplas comorbidades raras.

REFERÊNCIAS

1. Gropper MA, Eriksson LI, Fleisher LA, Wiener-Kronish JP, Cohen NH, Leslie K, editors. *Miller's anesthesia*. 9th ed. Philadelphia: Elsevier; 2019.
2. Barash PG, Cullen BF, Stoelting RK, Stock MC, Ortega R. Barash, Cullen, and Stoelting's *Clinical Anesthesia*. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins (LWW); 2023.
3. Wiesmann T, Castori M, Malfait F, Wulf H. Recommendations for anesthesia and perioperative management in patients with Ehlers-Danlos syndrome(s). *Orphanet J Rare Dis*. 2014 Jul 23;9:109.
4. Orphanet. Ehlers-Danlos syndrome: anesthetic considerations [Internet]. [citado 10 nov 2025]. Disponível em: <https://www.orpha.net>.
5. Dubuisson N, de Maere d'Aertrijcke O, Marta M, Gnanapavan S, Turner B, Baker D, Schmierer K, Giovannoni G, Verma V, Docquier MA. Anaesthetic management of people with multiple sclerosis. *Mult Scler Relat Disord*. 2023 Dec;80:105045.
6. Ohshita N, Gamoh S, Kanazumi M, Nakajima M, Momota Y, Tsutsumi YM. Anesthetic Management of a Patient With Multiple Sclerosis. *Anesth Prog*. 2017 Summer;64(2):97-101.

ENDEREÇO CORRESPONDÊNCIA

GIULLIANO GARDENGHI
CET – CLIANEST, AV. T-32, 279 - Setor Bueno, Goiânia - GO, Brasil.
E-MAIL: coordenacao.cientifica@ceafi.edu.br

EDITORIA E REVISÃO

Editores chefes:

Waldemar Naves do Amaral - <http://lattes.cnpq.br/4092560599116579> - <https://orcid.org/0000-0002-0824-1138>
Tárik Kassem Saidah - <http://lattes.cnpq.br/7930409410650712> - <https://orcid.org/0000-0003-3267-9866>

Autores:

Thais Lima Dourado - <http://lattes.cnpq.br/0747280828692715> - <https://orcid.org/0009-0007-7017-5235>
Gustavo Siqueira Elmiro - <http://lattes.cnpq.br/4765163399934337> - <https://orcid.org/0000-0003-2113-8757>
Bruno Alves Rodrigues - <http://lattes.cnpq.br/9742678649923053> - <https://orcid.org/0000-0001-8433-9869>
Giulliano Gardenghi - <http://lattes.cnpq.br/1292197954351954> - <https://orcid.org/0000-0002-8763-561X>

Revisão Bibliotecária: Izabella Goulart
Revisão Ortográfica: Dario Alvares
Recebido: 21/01/26. Aceito: 26/01/26. Publicado em: 30/01/2026.