**Relato de caso: Crise tireotóxica periperatória: como abordá-la?**

**Pedro Vitor de Paiva Anunciação¹.**

**mariana eduarda demarchi¹.**

**helder vinícius andrade de oliveira¹.**

**bruno henrique amâncio da silva¹**

**leonardo antônio silveira ritossa¹.**

**Vicente josé da silva filho¹.**

**flora margarida barra bisinotto².**

**luciano alves matias da silveira².**

**¹ acadêmico da uNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO**

**² professor da disciplina de anestesiologia da universidade federal do triângulo mineiro**

**Introdução:** As doenças tireoidianas consistem principalmente em distúrbios da produção hormonal da glândula. Estes variam de uma produção mínima ou mesmo inexistente (hipotireoidismo), até aumentos que podem ser gradativos (hipertireoidismo), agudos e graves, de uma liberação acentuada dos hormônios, diagnosticados como crises tireotóxicas. As alterações fisiopatológicas no paciente portador de doença tireoidiana fazem destas um desafio para o anestesiologista. **Relato de Caso:** Paciente de 46 anos, feminina, com diagnóstico de tumor folicular tireoidiano foi programada para cirurgia de tireoidectomia total. Na avaliação pré-anestésica revelou ser tabagista e história de hipertireoidismo, hipertensão arterial sistêmica e dislipidemia, tratados com propranolol (80 mg/dia), hidroclorotiazida e sinvastatina, mantidos até o dia da cirurgia. A medicação anti-tireoideana havia sido suspensa há 3 meses. Apresentava um bócio sem desvio traqueal e Mallampati II. Na avaliação laboratorial, TSH era 0,05 µUI.mL-1 (suprimido), T4 livre e exames de rotina normais. Classificada de acordo com a Sociedade Americana de Anestesiologistas (ASA) como III. Recebeu monitorização padrão e anestesia geral. A indução foi com midazolam, sufentanil, propofol e rocurônio, e manutenção com sevoflurano. A cirurgia durou 3h sem intercorrências. Não houve necessidade de descurarização pela monitorização do bloqueio neuromuscular. Em seguida, a paciente apresentou aumento expressivo da pressão arterial, chegando a PAS de 190 mmHg, com discreto aumento na frequência cardíaca. Não respondia a estímulos verbais, mas apresentava respiração espontânea, e foi extubada. Houve piora do quadro hipertensivo (PAS: 220mmHg) e iniciou-se a administração de nitroglicerina em bomba de infusão contínua. Houve redução moderada da PAS para valores entre 150 mmHg e 170 mmHg. Sob orientação do cardiologista, administrado clonidina venosa (150 µg), seguida de losartana 50 mg sublingual e propranolol 40 mg via oral. A paciente evoluiu com normotensão. **Considerações finais:** O manejo perioperatório do paciente com doença tireoidiana deve ser criterioso. São encontrados fatores relacionados a via aérea difícil, além da propensão a desenvolver arritmias, quadros hipertensivos graves e fadiga muscular com necessidade de suporte ventilatório. Estresse e manipulação cirúrgica da glândula podem desencadear a liberação dos seus hormônios na circulação desenvolvendo o quadro grave e potencialmente letal da crise tireotóxica. **Palavras-chaves:** Anestesiologia; Crise tireotóxica; Perioperatório