



REVISTA BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA

Publicação Oficial da Sociedade Brasileira de Anestesiologia
www.sba.com.br



CARTAS AO EDITOR

Anestesia peridural torácica em paciente geriátrico com risco cardíaco: relato de caso

Caro Editor,

Com a melhora da qualidade de vida, a população idosa aumenta rapidamente. Distúrbios cardíacos e respiratórios e disfunção autonômica parecem ocorrer com mais frequência em pessoas idosas.¹ Infelizmente, essa circunstância limita a escolha de métodos anestésicos para esses pacientes. A anestesia ou analgesia peridural pode diminuir as potenciais complicações devido à anestesia geral, como ventilação prolongada, depressão miocárdica e íleo prolongado.² Toracotomia no quinto espaço intercostal foi planejada para um homem de 83 anos de idade, 168 cm de altura, 68 kg, devido à hidatidose torácica. Sua história médica revelou alto grau de insuficiência cardíaca, epilepsia, dispneia e marca-passo implantado há cinco anos. Relatou ter sido submetido à colecistectomia e cirurgias reparadoras de hérnia inguinal há 20 anos e 10 anos, respectivamente. O paciente estava orientado, cooperativo e hemodinamicamente estável. O exame físico revelou estertores e roncos basais. A fração de ejeção foi avaliada como 33% por ecocardiograma. Seu estado físico foi avaliada como ASA III.

No período pré-operatório, o paciente recebeu tratamento para sua condição cardíaca, de acordo com a sugestão do cardiologista, e anestesia epidural foi planejada para a cirurgia. Nenhuma pré-medicação foi administrada antes da entrada do paciente na sala de cirurgia. Após a monitorização de rotina, o acesso intravenoso periférico foi obtido e pré-carga de solução isotônica administrada. Cateter peridural foi inserido entre os espaços intervertebrais T4 e T5 usando o método da perda de resistência em posição sentada. A ponta do cateter foi avançada 3 cm em direção cefálica e a dose teste de 3 mL de lidocaína a 2% aplicada. Em seguida, 7 mL de levobupivacaína a 5% e 50 mcg de fentanil foram adicionados. Dez minutos após a aplicação da anestesia epidural, o nível adequado de bloqueio sensorial foi obtido entre os espaços T3 e T8. O procedimento cirúrgico foi realizado com a técnica padrão em decúbito lateral. Oxigênio (4 L/min) foi administrado via máscara facial. Durante a cirurgia, a variação da pressão arterial foi de 154/94-97/54 mmHg, frequência cardíaca de 65-108

min⁻¹ e saturação de 89-96%. Aproximadamente 15 min após a anestesia epidural, a pressão arterial foi registrada em 76/45 mmHg; portanto, efedrina (5 mg) foi aplicada por via intravenosa.

O nível de bloqueio sensorial avaliado simultaneamente atingiu T4. O patient não precisou de sedation e analgesia adicionais durante a cirurgia que durou 45 minutos. O paciente apresentou dificuldade respiratória nos períodos intra e pós-operatório. Para analgesia epidural, uma mistura de 3 mL de bupivacaína a 5% + 50 mcg de fentanil foi aplicada via cateter epidural três horas após a cirurgia e o cateter peridural retirado após 24h. O paciente recebeu alta, com os sinais vitais estáveis, quatro dias após a cirurgia. A anestesia torácica alta (T1-T5) diminui o tônus simpático; contudo, o risco de disritmia é reduzido pelo bloqueio dos nervos aceleradores cardíacos durante a cirurgia cardíaca.³ Niimi et al. relataram que a anestesia peridural torácica alta diminuiu o débito cardíaco, mas não afetou a fração de ejeção do ventrículo esquerdo e a função de enchimento diastólico.⁴ Rodgers et al. relataram que houve menos complicações cardíacas perioperatórias em pacientes submetidos a intervenções cirúrgicas sob anestesia regional.⁵

A anestesia peridural torácica alta foi realizada com sucesso em nosso paciente de alto risco, com arritmia e baixa fração de ejeção submetido à toracotomia no quinto espaço intercostal.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Referências

1. Marik PE. Management of the critically ill geriatric patient. *Crit Care Med.* 2006;34:176–82.
2. Arık H, Erhan OL, Beştaş A, et al. The effect of a single or fractional dose of local anesthetic on hemodynamics in epidural anesthesia evaluated according to ejection fraction. *Turk J Geriatr.* 2012;15:439–44.
3. Clemente A, Carli F. The physiological effects of thoracic epidural anesthesia and analgesia on the cardiovascular, respiratory and gastrointestinal systems. *Minerva Anesthesiol.* 2008;74:549–63.

4. Niimi Y, Ichinose F, Saegusa H, et al. Echocardiographic evaluation of global left ventricular function during high thoracic epidural anesthesia. *J Clin Anesth.* 1997;9:118–24.
5. Rodgers A, Walker N, Schug S, et al. Reduction of postoperative mortality and morbidity with epidural or spinal anaesthesia: results from overview of randomised trials. *BMJ.* 2000;16:321.

Serdar Kokulu^{a,*}, Remziye Gül Sivaci^a, Gürhan Öz^b, Elif Doğan Baki^a, Hasan Şenay^a e Yüksel Ela^a

^a Departamento de Anestesiologia, Afyon Kocatepe University School of Medicine, Afyonkarahisar, Turquia
^b Departamento de Cirurgia Torácica, Afyon Kocatepe University School of Medicine, Afyonkarahisar, Turquia

* Autor para correspondência.
 E-mail: serdarkokulu@yahoo.com (S. Kokulu).

Disponível na Internet em 17 de fevereiro de 2014

<http://dx.doi.org/10.1016/j.bjan.2013.06.011>

O posicionamento pode interferir no sucesso da intubação endotraqueal em obesos?

Caro Editor,

Lemos com muito interesse o artigo “Uso de preditivos clínicos simples em diagnóstico pré-operatório de intubação endotraqueal difícil em pacientes obesos”, no qual se relatou uma correlação significativa entre apneia obstrutiva do sono (AOS) e intubação difícil (ID) em pacientes obesos.¹

1. A posição do paciente durante a laringoscopia é um fator importante para determinar o sucesso da intubação traqueal. No estudo em questão, os autores não especificaram a posição dos pacientes obesos durante a tentativa de laringoscopia e intubação endotraqueal. O uso da posição de rampa mostrou melhorar a visão durante a laringoscopia e a taxa de sucesso da intubação em comparação com a posição olfativa (*sniffing*) padrão em pacientes obesos.² Neligan et al. relataram em seu estudo que AOS não é um preditivo de risco para ID em pacientes obesos mórbidos em posição de rampa.³
2. Ao contrário do que foi relatado pelos autores, sentimos que os fatores de risco para ventilação com máscara e intubação difíceis são bem diferentes. Mallampatti modificado, circunferência do pescoço, distância tireoentoniana e restrição da mobilidade mandibular são fatores de risco para intubação difícil em pacientes obesos.⁴ Enquanto o índice de massa corporal (IMC) aumentado e história de AOS mostraram ter correlação com ventilação difícil via máscara.⁵

Portanto, consideramos que mencionar o posicionamento para intubação endotraqueal é um aspecto importante do estudo em questão que pode afetar os resultados.

Conflitos de interesse

O autor declara não haver conflitos de interesse.

Referências

1. Magalhães E, Marques FO, Govêia CS, et al. Use of simple clinical predictors on preoperative diagnosis of difficult endotracheal intubation in obese patients. *Rev Bras Anesthesiol.* 2013;63:262–6.
2. Collins JS, Lemmens HJ, Brodsky JB, et al. Laryngoscopy and morbid obesity: a comparison of the “sniff” and “ramped” positions. *Obes Surg.* 2004;14:1171–5.
3. Neligan PJ, Porter S, Max B, et al. Obstructive sleep apnea is not a risk factor for difficult intubation in morbidly obese patients. *Anesth Analg.* 2009;109:1182–6.
4. Sheff SR, May MC, Carlisle SE, et al. Predictors of a difficult intubation in the bariatric patient: does preoperative body mass index matter? *Surg Obes Relat Dis.* 2013;9:344–9.
5. Langeron O, Masso E, Huraux C, et al. Prediction of difficult mask ventilation. *Anesthesiology.* 2000;92:1229–36.

Divya Jain

Departamento de Anestesiologia e Tratamento Intensivo, Postgraduate Institute of Medical Education & Research, Chandigarh, Índia
 E-mail: jaindivya77@rediffmail.com

Disponível na Internet em 16 de maio de 2014

<http://dx.doi.org/10.1016/j.bjan.2013.07.010>

Palatoplastia em paciente com síndrome de Seckel: um desafio anestésico

Caro Editor,

A síndrome de Seckel, descrita pela primeira vez em 1960,¹ é uma doença autossômica recessiva descoberta em casamentos consanguíneos,² caracterizada por crescimento intrauterino restrito (CIUR) grave, retardo do crescimento pós-natal, retardo mental, rosto saliente em forma de bico e retrognatismo. Sua incidência é inferior a 1:10.000 nascidos vivos,

com 25% de chance de recidiva em irmãos subsequentes.³ Cerca de 60 casos foram relatados até o momento, com muito poucos casos submetidos à anestesia geral (AG). Relatamos o caso da primeira palatoplastia bem-sucedida feita sob AG em uma criança com síndrome de Seckel.

Paciente do sexo masculino, 8 anos, com ampla fenda palatina, apresentou-se com queixas de má alimentação, infecções respiratórias recorrentes e incapacidade de se comunicar claramente de forma verbal.

O paciente foi concebido por inseminação intrauterina (IIU) (doador, marido) após um ano e meio de tratamento,