

Réplica



Reply

Prezado Editor,

Agradecemos os comentários do professor Daniel Volquind¹ e seu interesse por nosso trabalho.² Esclarecemos abaixo as dúvidas suscitadas. Usamos a técnica da ventilação espontânea, mantida durante a intervenção, com a oxigenação por meio de máscara facial e modulação da sedação. Para pacientes candidatos apropriados, a ventilação espontânea com sedação que usa propofol, remifentanil e um bloqueio do escalpo é uma opção atrativa.³⁻⁷ Esse protocolo vem sendo usado em nosso hospital sem intercorrências e apresenta vários relatos na literatura médica.⁴⁻⁷

Finalmente, as características físicas do paciente (jovem, ASA 1) permitiram o uso das doses propostas neste relato sem comprometimento ventilatório. Quando existe uma indicação operatória a equipe de neurocirurgia é confrontada com um dilema: ressecção ampla da lesão, mas também aumento do risco de comprometimento funcional, que pode prejudicar seriamente a qualidade de vida do paciente. Quando regiões motoras estão em causa, o mapeamento da região cortical apresenta interesse para delimitar a abordagem cirúrgica.^{3,8} No nosso paciente, o mapeamento cortical foi feito por meio de eletroestimulação. O mapeamento e a participação "ativa" do paciente permitiram-nos observar possíveis alterações motoras e verbais e delimitar a exérese cirúrgica.

Concordamos com o professor Volquind que fármacos anestésicos promovem grande interferência em determinadas monitorações. No entanto, em nosso conhecimento, não existe a droga ideal para anestesia em cirurgia vígil. A escala de Ramsay é amplamente usada e simples de aplicar.⁹ Baseia-se em seis estágios. No estágio 2 o paciente está cooperativo, orientado, tranquilo; e no 3, sonolento, mas atende aos comandos. Mantemos o paciente no 3 quando a cabeça foi presa com fixador de Mayfield e na abordagem do escalpo. No restante do procedimento, o paciente é mantido no 2 e permanece orientado e cooperativo quando solicitado.

Gostaríamos de realçar que a técnica descrita no nosso relato de caso é viável e segura, mas depende da habilidade do anesthesiologista na titulação farmacológica, bem como da sua sensibilidade para manter contato psicoemocional estreito com o paciente durante todo o ato cirúrgico.

Referências

1. Volquind D. Comentário a: Anestesia para craniotomia em paciente acordado: relato de caso. *Rev Bras Anesthesiol.* 2014;64:374.
2. Bolzani ND, Junqueira DOP, Ferrari PAF, et al. Anestesia para craniotomia em paciente acordado: relato de caso. *Rev Bras Anesthesiol.* 2013;63:500-3.
3. Amorim RL, Almeida AN, Aguiar PH, et al. Cortical stimulation of language fields under local anesthesia: optimizing removal of brain lesions adjacent to speech areas. *Arq Neuropsiquiatr.* 2008;66:534-8.
4. Hans P, Bonhomme V, Born JD, et al. Target-controlled infusion of propofol and remifentanil combined with bispectral index monitoring for awake craniotomy. *Anaesthesia.* 2000;55:255-9.
5. Johnson KB, Egan TD. Remifentanil and propofol combination for awake craniotomy: case report with pharmacokinetic simulations. *J Neurosurg Anesthesiol.* 1998;10:25-9.
6. Sung B, Kim HS, Park JW, et al. Anesthetic management with scalp nerve block and propofol/remifentanil infusion during awake craniotomy in an adolescent patient - A case report. *Korean J Anesthesiol.* 2010;59:S179-82.
7. Wolff DL, Naruse R, Gold M. Nonopioid anesthesia for awake craniotomy: a case report. *AANA J.* 2010;78:29-32.
8. Maertens DN, Born JD, Hans P, et al. Intraoperative localization of the primary motor cortex using single electrical stimuli. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1996;60:442-4.
9. Ramsay MA, Savege TM, Simpson BR, et al. Controlled sedation with alphaxalone-alphadolone. *Br Med J.* 1974;22:656-9.

Edmundo Pereira de Souza Neto

Hôpital Neurologique Pierre Wertheimer, Lyon, França
E-mail: edmundo.pereira-de-souza@hotmail.fr

Disponível na Internet em 14 de junho de 2014

<http://dx.doi.org/10.1016/j.bjan.2014.05.001>