

CARTA AO EDITOR

Um dispositivo de spray convertido para anestesia faríngea tópica na intubação acordada

Caro Editor,

A espondilite anquilosante (EA) é uma artrite inflamatória comum com redução progressiva da mobilidade da coluna vertebral¹. A via aérea difícil existe naqueles pacientes com restrição de movimento do pescoço, no qual sugere-se a intubação acordada antes da indução anestésica. A anestesia tópica adequada da mucosa orofaríngea/nasofaríngea e traqueal subglótica é necessária para instrumentação das vias aéreas e conforto do paciente durante este procedimento.

O dispositivo tradicional para anestesia tópica faríngea, como o kit de anestesia tópica laringotraqueal, é difundido, mas sua eficácia nem sempre é ideal. Outras técnicas são propostas em breve, por exemplo, tanto a nebulização ultrassônica quanto as técnicas de *spray-as-you-go* fornecem condições aceitáveis para intubação acordada². No entanto, o nebulizador ultrassônico é demorado (geralmente precisa de 10 a 15 minutos) e a técnica de *spray-as-you-go* é considerada difícil. O bloqueio do nervo laríngeo superior guiado por ultrassom é um tema quente, mas é invasivo e requer bloqueio bilateral³. Aqui relatamos nossa experiência bem-sucedida para intubação acordada por meio de um novo dispositivo de pulverização facilmente convertido de um frasco de spray e dispositivo de fornecimento de oxigênio. Este dispositivo de pulverização convertido consistia em três partes principais, ou seja, uma garrafa de vidro com um bico de pulverização especial, um umidificador simples e um tubo para fornecimento de oxigênio (Fig. 1).

De 8 de outubro de 2020 a 30 de novembro de 2020, 5 pacientes com idade entre 29 e 49 anos, diagnosticados com EA submetidos à cirurgia de deformidade da coluna vertebral, receberam a intubação acordada. Após a inserção da cânula intravenosa, os pacientes foram conectados a monitores de rotina e receberam oxigênio suplementar

(5 L/min⁻¹) por meio de máscara de ventilação. A sedação intravenosa consistiu em 0,8–1 µg/kg⁻¹ de dexmedetomidina com infusão de remifentanil (concentração no local de efeito alvo 0,5–1,5 ng/ml⁻¹) para manter a pontuação do Modified Observer's Assessment of Alertness/Sedation (MOAA/S) entre 3 a 5⁴.

Cerca de 10 minutos após a administração de dexmedetomidina, usamos este dispositivo de spray convertido acionado por oxigênio (5 L/min⁻¹) para anestésiar a mucosa faríngea (Fig. 1). Primeiramente, instruímos o paciente a abrir a boca ruidosamente, esticar a língua o máximo possível e pulverizar solução de tetracaína a 1% na orofaringe por 3 a 5 segundos, depois pulverizamos a solução de tetracaína na nasofaringe quando eles respiravam profundamente por 2 a 3 segundos bilateralmente também. Dois minutos depois, repetimos esses passos. Após 1 minuto, utilizamos seringa de 5 ml para tireocricocentese, após identificação da membrana cricotireoidea por palpação do ponto de referência e esterilização da área local, foram administrados 3 ml de lidocaína a 2% para anestesia da mucosa traqueal subglótica uma vez que a ponta da agulha localizada na traqueia, como sinalizado por uma perda repentina de resistência e retirada de ar livremente.

Realizamos intubação em vigília por fibroscópio flexível com o tubo endotraqueal in situ através da narina mais pérvia. Após passar pela coana e identificar a epiglote e a glote, o fibroscópio foi movido lentamente para dentro da traqueia até a visualização da carina traqueal. Em seguida, o tubo endotraqueal foi conduzido através do fibroscópio flexível até a traqueia. Após reconfirmar a posição do tubo pelo capnógrafo convencional, o balonete foi inflado. Durante o procedimento, a abertura da glote foi boa quando o fibroscópio avançou na glote e na traqueia, e não foram encontrados sintomas de intolerância como tosse, vômito, movimento. Além disso, PAM, FC e SPO2 estavam todos estáveis. Os pacientes ficaram todos satisfeitos com o procedimento. A anestesia geral foi induzida por propofol, remifentanil e brometo de rocuroônio. A manutenção anestésica e a cirurgia desses pacientes transcorreram sem intercorrências.

Este dispositivo de spray convertido para anestesia tópica da faringe tem várias vantagens. Primeiro, não é invasivo

e é mais aceitável para o paciente; Em segundo lugar, é facilmente convertido a partir de dispositivos clínicos de rotina e é muito simples de usar; Terceiro, a tetracaína consumida é muito pequena (a dose média desses 5 pacientes é de 35 mg), portanto o risco de toxicidade sistêmica do anestésico

local é relativamente baixo; Por último e mais importante, é mais economia de tempo. De um modo geral, leva apenas 3 a 5 minutos para obter anestesia tópica suficiente para orofaringe e nasofaringe. Assim, é um dispositivo promissor para intubação em vigília na prática clínica.



Figura 1 Dispositivo de pulverização convertido e solução pulverizada.

Conflitos de interesse

As autores declaram não haver conflitos de interesse.

Referências

1. Taurog JD, Chhabra A, Colbert RA. Ankylosing Spondylitis and Axial Spondyloarthritis. *N Engl J Med.* 2016;374:2563-74.
2. Dhasmana S, Singh V, Pal US. Nebulisation Versus Spray-as-You-Go Airway Topical Anaesthesia in Patients with Temporomandibular Joint Ankylosis using 2 % Lignocaine. *J Maxillofac Oral Surg.* 2015;14:398-402.
3. Stopar-Pintaric T, Vlassakov K, Azman J, Cvetko E. The thyrohyoid membrane as a target for ultrasonography-guided block of the internal branch of the superior laryngeal nerve. *J Clin Anesth.* 2015;27:548-52.
4. Chernik DA, Gillings D, Laine H, Hendler J, Silver JM, Davidson AB, et al. Validity and reliability of the Observer's Assessment of Alertness/Sedation Scale: study with intravenous midazolam. *J Clin Psychopharmacol.* 1990;10:244-51.

Xue Li*, Hai-yang Yu, Xiao Hu

Peking University First Hospital, Department of Anesthesiology, Beijing, China

* Autor Correspondente

E-mail: lixuepku@163.com, 3999165@163.com (X. Li).
27 de abril de 2021