

## IMAGEM CLÍNICA

# Uma técnica simples para manter a neutralidade intraoperatória da cabeça e pescoço

Anthony M.-H. Ho, Gregory Klar, Glenio B. Mizubuti\*

*Queen's University, Department of Anesthesiology and Perioperative Medicine, Kingston, Canada*

Recebido em 16 de setembro de 2021; aceito em 13 de novembro de 2021.  
Disponível online em 27 de novembro de 2021

Durante a colecistectomia laparoscópica, a inclinação para a esquerda mais o posicionamento de Trendelenburg necessário pode resultar na rotação da cabeça e do pescoço para uma posição extrema esquerda e/ou fletida (Figura 1A). Em certas cirurgias de membros superiores, o paciente é posicionado na borda da mesa e a cabeça do paciente corre o risco de sair da borda despercebida (Figura 1B).

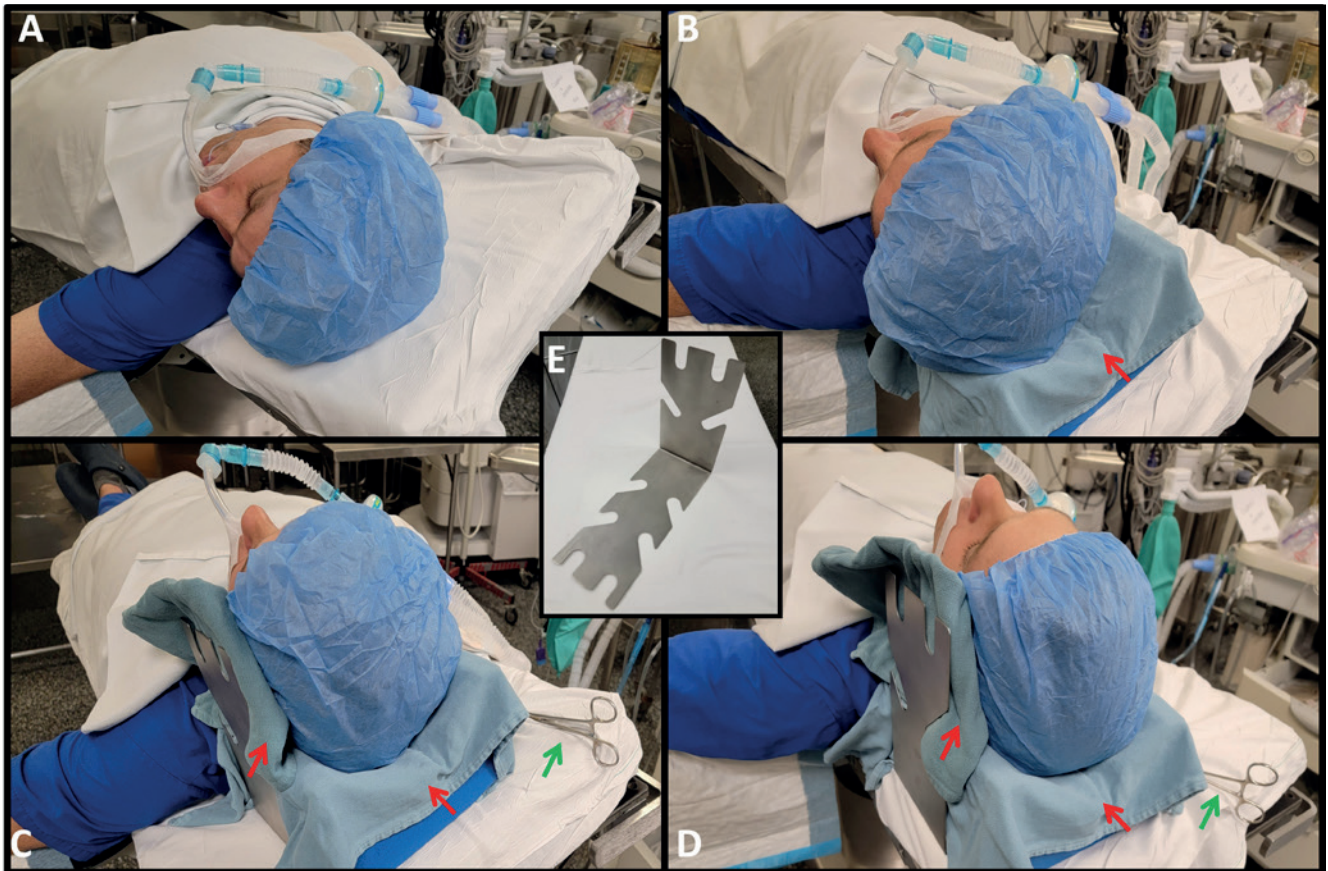
A rotação excessiva da cabeça é potencialmente prejudicial. Weintraub e Khoury mostraram que a oclusão maior da artéria vertebral ocorre em 56,4% e 13,3% dos pacientes com (idade média de 71 anos) e sem (idade média de 66 anos) fatores de risco vascular, respectivamente, na rotação máxima da cabeça.<sup>1</sup> Em adultos, Burbidge et al descobriram que 80% da veia jugular interna é ocluída durante a rotação da cabeça de ~55°,

potencialmente aumentando a pressão intracraniana.<sup>2</sup> Dissecção da carótida foi relatada em uma mulher saudável de 36 anos segurando o telefone entre a cabeça e ombro por 32 minutos.<sup>3</sup> Pode-se especular que a compressão carotídea associada ao posicionamento de Trendelenburg reverso poderia comprometer a perfusão cerebral. Pacientes com patologia da coluna cervical podem não tolerar flexão e inclinação da cabeça. O alongamento dos ligamentos, músculos e nervos contralaterais cria tensão.

A Figura 1C mostra como o uso do suporte do circuito de anestesia pode manter a cabeça do paciente em posição neutra. A Figura 1D mostra o mesmo arranjo reforçado para estabilizar a cabeça e o pescoço. Por fim, o suporte do circuito de anestesia é mostrado na Figura 1E.

Autor correspondente:

E-mail: [Gleniomizubuti@hotmail.com](mailto:Gleniomizubuti@hotmail.com) (G.B. Mizubuti).



**Figura 1** Posições típicas da cabeça durante a cirurgia. (A) Flexão significativa e inclinação lateral esquerda do pescoço/cabeça durante o posicionamento típico do paciente para colecistectomia laparoscópica (ou seja, Trendelenburg reverso com inclinação lateral esquerda da mesa cirúrgica). Neste exemplo, o travesseiro/almofada (opcional) comumente usado para apoiar a cabeça do paciente está ausente. (B) Paciente posicionado na borda da mesa cirúrgica como comumente observado em cirurgias de membros superiores. Notavelmente, a mesa cirúrgica permanece em posição neutra, mas a cabeça do paciente corre o risco de cair para o lado da mesa cirúrgica (especialmente com manipulação cirúrgica), apesar do uso de um travesseiro/almofada para sustentá-la. Por fim, os painéis (C) e (D) retratam o uso simples do suporte do circuito de anestesia (E) para manter a cabeça/pescoço do paciente em posição neutra durante a colecistectomia (Trendelenburg reverso e inclinação lateral esquerda acentuada da mesa cirúrgica) e extremidade superior cirurgia (mesa cirúrgica em posição neutra). Observe o uso de um grampo (seta verde) para prender o suporte do circuito contra o colchão e/ou sua folha de cobertura para evitar que ele escorregue junto com a cabeça do paciente, estabilizando ainda mais a posição da cabeça/pescoço. Além disso, uma toalha (setas vermelhas) é usada para proporcionar conforto e isolar o rosto/cabeça do paciente do suporte metálico para evitar queimaduras na pele induzidas pelo eletrocauterizador.

## Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse

## Referências

1. Weintraub MI, Khoury A. Critical neck position as an independent risk factor for posterior circulation stroke. A magnetic resonance angiographic analysis. *J Neuroimag* 1995; 5:16-22.
2. Burbridge MA, Min JG, Jaffe RA. Effect of head rotation on jugular vein patency under general anesthesia. *Can J Neurol Sci* 2019; 46:355-357.
3. Mourad J-J, Girerd X, Safar M. Carotid-artery dissection after a prolonged telephone call. *N Engl J Med* 1977; 336:516.