

ANESTESIA PARA LÁBIO LEPORINO E FENDA PALATINA

DR. LESLIE RENDELL-BAKER (*)

AP 2475

A correção destas mal-formações congênitas deverá ser feita na idade ótima, conforme preceitua o autor. A anestesia apresenta problemas durante a entubação, devendo ser realizada com respiração espontânea. Na fixação do tubo traqueal deve-se evitar uma obstrução do campo cirúrgico. A anestesia poderá ser mantida superficial utilizando-se protóxido de azoto e oxigênio além de halotano ou éter se o cirurgião usar infiltração com adrenalina.

Ao final da anestesia deve ser feita uma revisão do faringe com aspiração cuidadosa. A extubação deverá ser feita com o reflexo da tosse presente.

Durante a manutenção o sistema de Ayre é o mais indicado.

Durante a recuperação deverá ser feita uma umidificação constante, e um laringoscópio e tubo apropriado devem estar à mão.

Na cirurgia da fenda palatina há necessidade do tamponamento do faringe. É recomendado o uso do estetoscópio precordial.

O lábio leporino ocorre aproximadamente, um, em cerca de 800 recém-natos vivos. A criança freqüentemente também têm fenda palatina e pode ter outra anomalia congênita.

Embora os pais freqüentemente queiram corrigir o defeito, o mais cedo possível, é preferível esperar até que a criança complete os 3 meses de modo que, possa ganhar peso suficiente. A correção da fenda palatina é retardada até a criança atingir 18 meses.

Exame Pré-Operatório — A taxa de Hemoglobina da criança, deve estar acima de 10 gramas. Pode ser necessária uma transfusão, que permita a cirurgia em uma criança anêmica, e que reage fracamente. A operação deve ser adiada

(*) Chefe do Departamento de Anestesia do Hospital Monte Sinai, Nova York — E.U.A.

se há alguma suspeita de infecção respiratória ou outra qualquer. O coração deve ser examinado para evidenciar um possível congênito e a boca deve ser inspecionada para verificar-se os tipos de problemas que são prováveis de ocorrer com a intubação. A prémaxila, tende a ser saliente e a mandíbula pode ser anormalmente pequena, com a língua deslocada para dentro da faringe como na síndrome de Pierre Robin, tornando a obstrução respiratória uma constante ameaça, mesmo sem pré-medicação.

A pré-medicação pode consistir apenas de 0,1 mg de atropina dada por via intramuscular, meia hora antes da hora marcada para a cirurgia.

Técnica Anestésica: A intubação traqueal por via oral é essencial, para assegurar uma via aérea segura e prevenir a aspiração de coágulos de sangue. Como a obstrução das vias aéreas pode facilmente ocorrer com a perda da consciência e a entubação pode ser difícil devido as deformações, a entubação com o paciente acordado, é preferível, especialmente nos neonatos.

Não é conveniente o uso de relaxantes devendo preservar-se a respiração espontânea com vistas as dificuldades que possam advir com a entubação. Um colchão térmico, cheio com água a 40° C é usado sob a criança, para mantê-la à temperatura normal, a qual é monitorizada com um teletermômetro instalado no reto. Um estetoscópio precordial, é fixado no tórax antes do início da anestesia e os braços são fixados.

Indução da Anestesia: Pode ser realizada facilmente pelo método do ciclopropano "aberto" e a anestesia aprofundada com Halotano, ou éter usando-se uma máscara apropriada adaptada a uma bolsa. Quando está prevista uma dificuldade para entubação, o éter é mais recomendado, porque propicia um maior tempo para a endoscopia.

A lâmina do laringoscópio deve ter a sua secção em forma de U, com uma borda larga, porque, de outro modo a lâmina pode deslizar para dentro da fenda e dividir o lábio superior bloqueando a linha de visão. A fenda palatina pode ser enchida com gazes para prevenir esta ocorrência. A lâmina de Oxford foi desenhada especificamente para a entubação com fenda palatina e simplifica grandemente esta manobra. O tubo traqueal, de plástico, deve ter uma consistência firme e ter as paredes firmes. Alguns preferem o uso do tubo original aramado de Magill. É importante usar-se um conector do tubo traqueal com uma curvatura correta de 110° de tal modo que repouse sobre o queixo da criança

sem impedir a via de acesso do cirurgião. O conector curvo de Magill, com uma entrada de gás lateral, desempenha admiravelmente estas funções e também serve como tubo de Ayre sem necessidade de equipamento adicional. O gás fresco é admitido no tubo lateral, como no método original de Ayre. O tubo é fixada na linha média do queixo da criança, com um adesivo à prova d'água e a faringe é tamponada com tiras de gazes de 10 mm de largura para prevenir a passagem de sangue pelos lados do tubo dentro da laringe e traquéia.

A anestesia pode ser mantida com 4 litros de uma mistura de 50% de oxigênio e protóxido de azoto com 1% de Halotano, ou anestesia superficial com éter está indicada se o cirurgião deseja usar infiltração local com anestésicos contendo adrenalina. Em vista da anestesia superficial empregada, as mãos da criança são imobilizadas, envolvendo-se os braços com chumaço de algodão e prendendo-os com uma faixa volteada pelos lados da mesa.

É necessário que a criança fique deitada e quieta e que readquiria prontamente o reflexo de tosse no final da cirurgia. A respiração tornando-se inadequada, deve ser assistida manualmente, adaptando-se uma bolsa ao tubo reservatório. É importante verificar que o assistente da cirurgia não se apoie sobre o tubo reservatório ou inadvertidamente oclua o fluxo dos gases.

Ao final da cirurgia o Halotano é mantido até que as narinas e o hipofaringe tenham sido aspirado sob visão direta e o tamponamento seja removido. Para isto, a laringoscopia é realizada suavemente para não prejudicar a cuidadosa sutura realizada pelo cirurgião. Após a retirada do anestésico, a criança é colocada de lado, é dado oxigênio até o retorno do reflexo laríngeo, que indica o momento da remoção do tubo endotraqueal. Ao final da cirurgia, convém o cirurgião inserir uma sutura na língua, de modo que a mesma possa ser facilmente controlada no período em que o paciente não retornar a consciência. Um laringoscópio e um tubo de tamanho corretos devem acompanhar a criança até a sala de Recuperação e permanecer ao seu lado até que recobre sua atividade completa e a sutura da língua possa ser retirada. Se ocorrer alguma dificuldade com a entubação, é conveniente colocar o paciente em uma "croupette" a qual fornece ar úmido e fresco.

A umidade pode ser providenciada de um modo mais efetivo por um nebulizador *ultrasônico*. Infelizmente, os gases fornecidos para o paciente pelo método de Ayre (tubo em T) são absolutamente secos, e o efeito de umedecimento do

nariz é eliminado pelo tubo traqueal. Alguma umidade pode ser acrescentado, fazendo-se passar os gases através um vaporizador, de éter do tipo de "mecha" (Wick Type) cheio com água aquecida. Os únicos umidificadores realmente eficazes, atualmente disponíveis, empregam um elemento de aquecimento elétrico ou um elemento ultrasônico ativado eletronicamente, nenhum dos quais podem ser usados com segurança com o éter e o ciclopropano. A perda sanguínea, deve ser vigiada cuidadosamente.

Não é comum se precisar de transfusão de sangue para a operação de lábio leporino, mas para a correção da fenda palatina, ela pode ser necessária.

A correção da fenda palatina é uma intervenção muito maior e normalmente retardada até que a criança complete 1² ou 18 meses. É importante, realizar-se a correção do palato, antes que a criança comece a falar e desenvolva um sentimento de inferioridade devido ao seu falar defeituoso.

Prémedicação — Os sedativos agora podem ser incluídos:

Seconal ou nembutal 2 mg por Kg/pêso, com Demerol 1 mg por Kg/pêso e atropina 0.1 a 0.2 mg.

Após a indução da anestesia com ciclopropano pelo método da gravidade (Open cyclopropane) as veias ficam dilatadas e uma perfusão venosa pode ser iniciada com facilidade. O conector do tubo traqueal é fixado no queixo, para o Lábio Leporino.

O tamponamento com gaze não deve ser tão grande que possa interferir com o trabalho do cirurgião sobre o palato. Um pequeno coxim, colocado sob os ombros pode estender à cabeça e dar ao cirurgião uma boa visão do seu campo.

Um estetoscópio precordial, deve ser colocado antes. É importante prevenir qualquer obstrução ou dobra do tubo traqueal, ou uma entubação brônquica. Pode ser usado um aparelho de pressão, visto que, uma perda sanguínea considerável pode ser esperada.

A escolha do agente para a manutenção da anestesia pode ser influenciada caso o cirurgião use infiltração local com adrenalina; neste caso o uso do Halotano provavelmente não é recomendável. Tanto o éter dietílico como o fluoromar são alternativas satisfatórias. Ao final da cirurgia uma aspiração naso e orofaríngea é realizada, usando-se o laringoscópio, para assegurar-se que nenhum coágulo ou sangue permanece quando o tamponamento é removido.

Quanto a escolha do catéter para a sucção no tubo traqueal, é bom lembrar, que ele não deve ter um diâmetro maior que a metade daquele do tubo no qual vai ser usado.

Quando o ar e as secreções são aspiradas através o catéter a pressão dentro do tórax, cai e o ar flue para dentro do tórax, em tórno do catéter.

Se o catéter é muito grosso, a pressão dentro do tórax, cai rápidamente até se atingir a pressão de sucção. O sangue também será aspirado para dentro do tórax e o coração pode se dilatar até as válvulas se tornarem incompetentes e a circulação para.

Por esta razão, recém-natos e criancinhas com traqueostomia ou tubo traqueal estão prontas para morrer súbitamente após uma sucção.

SUMMARY

ANESTHESIA FOR HARE LIP AND CLEFT PALATE OPERATIONS

These malformations should be corrected at a proper age, as recommended in this review. The anesthetic management presents problems at the time of endotracheal intubation, and should be done during spontaneous respiration. The tube should not obstruct the surgeons access to the operative site. Light nitrous oxide anesthesia supplemented by halothane or ether, if the surgeon wants to use adrenaline infiltration, may be administered through an Ayre's T system.

At the end of the operation all blood should be suctioned under direct vision and the child extubated when the cough reflex has returned. During recovery a laryngoscope and a proper tube should be kept at hand and humidification supplied.

In cleft palate surgery the pharinx is tamponated with gauze. A precordial stethoscope is indicated in all cases.