

HEMORRAGIAS NO FARINGE PROVOCADAS POR ENTUBAÇÃO NASOTRAQUEAL EM ADENO-AMIDALECTOMIA

DR. RENAUD A. MENEZES, E.A. (*)

DR. PETER SPIEGEL, E.A. (*)

DR. JOEL S. DA SILVA, E.A. (**)

DR. HAROLDO GIORDANO, (**))

AP 26 14

Foi feita uma revisão de 275 entubações nasotraqueais para anestesia em adeno-amigdalectomias. Esta via de entubação é recomendada desde que se usem tubos plásticos de paredes macias, diâmetro apropriado à idade e tamanho do paciente. O sangramento provocado pelas sondas nasais somente se tornou embaraçoso em apenas 6,9% dos casos.

A entubação nasotraqueal, para adenoidectomia em crianças traria, segundo alguns, maior dificuldade ao cirurgião durante a adenoidectomia e aumentaria a possibilidade de sangramento das fossas nasais ou do cavum^(1, 4) e de introdução de pedaços de adenóides na traquéia. Outros entretanto entre os quais nos incluímos preferem esta via, já que a fixação do tubo é mais segura, diminuindo a possibilidade de uma extubação acidental num momento crítico da operação, além de não interferir com o abridor de bôca usado pelo cirurgião. Assim, a amigdalectomia é facilitada e a adenoidectomia não chega a causar maiores problemas, segundo a maioria dos nossos otorrinolaringologistas. O presente trabalho apresenta nossas observações sobre a incidência de hemorragia durante a entubação nasal, com diversos tipos de sondas.

(*) Do Serviço de Anestesia do Hospital de Clínicas da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade da Guanabara.

(**) Anestesista do Serviço de Otorrinolaringologia do INPS.

MATERIAL

Foram revistas 275 entubações nasotraqueais em pacientes de todos os tipos étarios, a maioria entretanto entre 4 e 16 anos. Os tubos usados foram de borracha (Rusch) com ou sem balonête (Tubo nasal), de plástico vinílico transparente (tipo macio) ou Portex.

Técnica: — A técnica anestésica usada foi descrita em artigo anterior ⁽²⁾.

Para a entubação de crianças escolhemos as sondas de acôrdo com a regra de Cole (Idade + 18 = Calibre do tubo, na escala Charrier). ⁽³⁾ No momento da entubação lubrificase o tubo com a própria saliva do paciente, introduzindo-o na cavidade oral, ou nos casos dos tubos de plástico, especialmente os que se tornaram mais rígidos com o tempo, mergulhando sua ponta numa cuba de Pirex contendo água quente.

A narina é escolhida de acôrdo com o bixel do tubo, que deve ficar voltado para o septo, (geralmente a narina direita). Assim diminuimos a possibilidade de traumatismo local da ponta do tubo com a mucosa da ponta do septo (zona de Kisselbach) mas também com os cornêtos. Após passar pela ponta do nariz o tubo poderá ser dirigido medianamente afim de se afastar do cornêto inferior. Mas a causa mais comum de hemorragia durante a entubação é a dissecação da sonda levantando vegetação adenoideas. Quanto mais macia a ponta do tubo menor a dificuldade nesta fase. Quando sentir-se dificuldade causada por um septo desviado tenta-se a narina oposta ou, em caso de persistir a dificuldade, escolhe-se um tubo de diâmetro menor. É de boa praxe perguntar ao paciente por qual narina respira melhor, fazendo-o tapar uma de cada vez. Em crianças o anestesista pode fazer a manobra. Geralmente quando se tem que abandonar uma narina, por causa de um obstáculo mecânico, causa-se uma hemorragia, que irá dificultar a visualização da glote ao entubar-se pela outra narina. Um tubo que traumatiza a mucosa, ficando no lugar, realiza a hemostasia por compressão.

Após a inserção da sonda até o orofaringe sopramos pela sua extremidade distal enquanto fazemos a laringoscopia, protegendo a glote com a ponta da lâmina do laringoscópio. Assim desentupimos a sonda de restos adenoideos porventura carregados. Pode-se realizar esta manobra também com um jato de oxigênio ou com uma pêra de borracha, montada em conexão, previamente inserida no tubo.

A intensidade do sangramento após entubação nasal foi julgada pela seguinte escala:

- + Sangramento leve, sem interferir com a entubação.
- + + Sangramento moderado, exigindo por vezes o auxílio da pinça de Magill, para evitar a entrada do sangue na glote.
- + + + Sangramento intenso, exigindo aspiração antes da entubação, além do uso da pinça de Magill.

TABELA 1

RELAÇÃO ENTRE AS IDADES, SANGRAMENTO E SUA INTENSIDADE

IDADE	Total de casos	% do total de casos	Grau de sangramento			
			0	+	++	+++
1-3	19	5,26	18	0	1	0
4-6	82	17,07	68	8	5	1
7-9	55	29,09	50	4	1	0
10-12	45	24,44	34	4	3	4
13-15	37	16,21	31	3	3	0
16-19	21	14,28	18	2	1	0
+ de 19	16	12,50	14	2	0	0
Total	275	100,00	233	23(8,36%)	14(5,09%)	5(1,81%)

RESULTADOS

A incidência do sangramento foi percentualmente maior nos grupos etários dos 10 aos 12 e dos 4 aos 6 anos e menor nos grupos de 1 a 3 e de 7 a 9 anos. Isto indica provavelmente que os nossos tubos Ch 28 e 30 e os de calibre Ch 22 e 24 devem ser substituídos em parte por apresentarem dureza demasiada, curvatura deficiente ou bixel cortante.

A incidência de sangramento leve (8,36%) representa mais de metade do total (15,27%) de casos que sangraram.

Este sangramento pode ser considerado desprezível, visto que praticamente não traz nenhum risco. A compressão do tubo nas paredes das fossas nasais produz hemostasia e o cavum é curetado pelo cirurgião na adenoidectomia. Assim a incidência de sangramento efetivo, que pode trazer dificuldades na entubação caiu para 6,9%.

Na Tabela 2 analisamos a incidência de sangramento de qualquer intensidade em relação ao tipo de tubo empregado.

TABELA 2

RELAÇÃO ENTRE TIPO DE TUBO EMPREGADO E SANGRAMENTO

Tipo de tubo empregado	N.º de entubações	N.º de sangramento	%
Borracha simples	82	9	10,97
Borracha c/balonete (30) ..	28	3	10,71
Plástico vinílico	103	4	3,88
Portex	8	5	62,5
Sem especificação	54	21	38,88
Total	275	42	15,27

Entre os tubos de borracha a incidência de sangramento foi praticamente idêntica (apenas possuímos tubo com balonete para uso nasal de calibre Ch 30).

Entre os tipos de plástico, o vinílico mostrou-se superior ao Portex e aos outros tipos de plásticos, incluídos entre os não especificados (tubos de Ruschelite branco e Ardonplast"). Com a finalidade de comprovação do motivo pelo qual o sangramento como os tubos de Portex se manteve elevado porcentualmente (62,5%), fizemos uma série de 88 casos em que o sangramento foi relacionado com a rigidez das paredes dos tubos. Os resultados estão expostos na Tabela 3. O sangramento é nitidamente maior quando se empregam tubos de paredes mais rígidas.

TABELA 3

INCIDÊNCIA DE SANGRAMENTO E TIPOS DE TUBO

Tipo de Tubo	N.º de vêzes	Sangramento	%
Borracha rígida ...	14	8	57.14
Borracha macia	30	4	13.33
Plástico rígido	12	3	25.00
Plástico macio	23	1	4.34
Portex rígido	7	5	71.42
Portex macio	2	0	0

CONCLUSÕES

1 — A entubação nasotraqueal  de fácil execução técnica, porém exige um aprendizado correto, para evitar o traumatismo desnecessário durante a passagem do tubo pelas fossas nasais.

2 —  recomendado o uso de tubos plásticos de paredes macias. Quando com o uso se tornam mais duros, sua ponta deve ser imersa em água quente logo antes da entubação.

SUMMARY

PHARYNGEAL HEMORRHAGE DURING NASOTRACHEAL INTUBATION FOR ADENO-TONSILLECTOMY.

A group of 275 cases were studied in a service where routine nasotracheal intubation is used for anesthesia for adeno-tonsillectomies in children. Using soft plastic tubes the incidence of troublesome bleeding is very low, in the hands of skilled anesthetists, as was observed.

BIBLIOGRAFIA

1. Wrigley, F. R. W. — The hazards and principles of anaesthesia for tonsillectomy and adenoidectomy in children. *Canad. M.A.J.* 79:459, 1958.
2. Menezes, R. Drummond, J. P. Calasans, J. e Gonçalves B. M. V. — Anestsia em adeno-amigdalectomia: Uma técnica usada em mais de 22.000 casos, *Rev. Bras. Anest.* 18:166, 1968.
3. Cole, F. — Correspondence — Endotracheal tubes — *Anesthesiology* 14:507, 1953.
4. Proctor, D. F. — *Anesthesia and Otolaryngology* — Williams Wilkins, 1957.

DR. RENAUD MENEZES

Rua Conde de Bonfim, 1328, apto. 604

Rio de Janeiro, GB.