

UMA TÉCNICA DE ANESTESIA PARA MICRO-CIRURGIA DO LARINGE

A anestesia para tratamento do polipo de corda vocal, antes mais simples, bastando para tal, o uso de anestésicos venosos e/ou inalatórios, relaxante muscular de curta duração, ventilação, laringoscopia e ressecção em curto prazo, tornou-se mais complexa com o advento da microscopia durante o ato cirúrgico.

AP 2223
A exeresse da referida patologia sob microscopia, trouxe para os anestesiológicos um problema de relevante importância, qual seja, um método cirúrgico que demanda um tempo mais prolongado, em média de quarenta minutos. Desta maneira tornou-se obrigatória para manutenção das vias aéreas livres, a intubação traqueal. Como tive oportunidade de intervir em alguns casos, descrevo a seguir as soluções que encontrei:

Material e Método — O material estudado constou de cinco pacientes de ambos os sexos, idade oscilando entre 40 e 60 anos, em bom estado geral. Todos os pacientes receberam como medicação pré-anestésica diazepam 10 mg e atropina 0,5 mg intramuscular, 30' antes da operação.

Após a canulização de uma veia no ante-braço, instalação do soro glicosado 5%, colocação do esfigmomanômetro e estetoscópio pré-cordial, é iniciada a indução de anestesia com propanidid 8 mg/kg/peso, seguido de succinilcolina 1 mg/kg/peso, ventilação com balão-máscara, laringoscopia, anestesia tópica com xilocaína 4% e intubação oro-traqueal com tubo Flotex^(R) espiralado, calibre 6 mm (26F) no sexo masculino e 5,5 mm (24F) no sexo feminino, insuflando o balonete até tornar o sistema estanque. A manutenção foi feita com fluotano no vaporizador universal de Takaoka em sistema sem reinalação, método valvular (Válvula de Ruben) em respiração espontânea. Em tempo contínuo, o cirurgião instala o laringoscópio de suspensão, visualiza o laringe com o microscópio e minuciosamente promove a ressecção do polipo.

Comentários e Resultados — Dois pontos básicos devem ser rigorosamente observados. O primeiro incide na escolha de um tubo traqueal que deve preencher como requisitos: pequeno calibre, visando ocupar o mínimo espaço na fenda glótica, facilitando sobremaneira o trabalho do cirurgião. Além disso, é necessário que seja espiralado para evitar obstrução, e balonete distensível para realizar total vedação traqueal, propiciando melhor ventilação.

O tubo traqueal que melhor se adapta às condições requeridas é o Flotex de fabricação inglesa.

O outro a ser enfatizado é a necessidade de uma recuperação pós-anestésica rápida, pois na maioria das vezes são pacientes de ambulatório.

Os resultados foram considerados plenamente satisfatórios, com excelente visualização do campo operatório propiciado pelo binômio bom relaxamento das cordas vocais e tubo traqueal de pequeno calibre, facilidade no manuseio da ventilação pulmonar, despertar precoce, impossibilidade de aspiração de secreção, método seguro, simples, requerendo material mínimo.

Não houve complicações com a referida técnica.

-
1. Weigand H — Circulatory response to endolaryngeal microsurgery under Light General Anesthesia and the influence of surface anesthesia. *Anaesth and Analg*, 48:953, 1969.

DR. JOSÉ MURILO DA MOTA CAVALCANTI
Anestesiista da Clínica de Otorrinolaringologia —
Serviço Prof. Ermiro de Lima, H. S. Francisco —
Rio de Janeiro