



# REVISTA BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA

Official Publication of the Brazilian Society of Anesthesiology  
www.sba.com.br



## CARTA AO EDITOR

### Pneumotórax Pós-Bloqueio de Plexo Braquial Guiado por Ultrassonografia: Relato de Caso

Agradeço ao editor o espaço para comentar a divulgação de Mandim e col.<sup>1</sup> Li com interesse o relato de caso<sup>1</sup> e me ocorreram algumas dúvidas, as quais suscitam comentários pertinentes.

#### Dúvida 1

Qual foi o nível e o sentido da punção?

Comentário: Winnie<sup>2</sup> teve importante contribuição anatômica na execução dos bloqueios de membros. Apenas para lembrar, o sentido da punção descrito no bloqueio interescalênico (ISC) é quase perpendicular à pele, o que facilita iatrogenias ao tecido plexular braquial e medular. Por isso, dependendo da constituição do paciente, não se recomenda profundidade maior do que 2,5 cm<sup>3</sup>.

#### Dúvida 2

O *click* descrito foi da punção da bainha neurovascular (BNV) ou da pleura parietal (PP)?

Comentário: Se o *click* foi da punção da pleura parietal, é bem possível que tenha resultado em dor instantânea e fugaz, acompanhada de tosse.

#### Dúvida 3

Vinte mililitros de Ropivacaína (Rp) 0,5% via ISC sob direção por ultrassonografia (US) deveriam identificar bem o envolvimento dos troncos.

Comentário: Uma das vantagens da ultrassonografia em anestesia regional, nesses casos, é a redução de volume anestésico em tempo real. A complementação de mais 20 mL de Rp 0,5% por via axilar motivou-me a conjecturar duas situações: a) o volume ISC não atingiu satisfatoriamente os troncos plexulares, desapareceu parcialmente no espaço pleural entre as duas pleuras pela punção da PP e provocou o pneumotórax insidioso; e b) o acesso à BNV foi parcial, com evasão ectópica do volume anestésico, o que, potencialmente, resultaria em bloqueio parcial. Para garantir a certeza de efetividade do bloqueio, complementou-se o bloqueio pela via axilar.

#### Dúvida 4

Por que a radiografia (RX) anteroposterior da figura 1 não foi feito completamente, com ambos os campos pulmonares?

Comentário: RX de tórax mostrando os dois campos pulmonares é mais elucidativo, especialmente quando há suspeita de pneumotórax e/ou paresia diafragmática do campo pulmonar alvo. De qualquer forma, é perceptível no RX o afastamento pulmonar direito de sua parede costal, o que evidencia um pequeno pneumotórax. Embora normalmente à direita o diafragma situe-se mais elevadamente em relação ao lado contralateral por causa do volume hepático, a paresia diafragmática comentada no relato de caso deveria ser visualizada no RX. As setas mencionadas<sup>1</sup>, que não são visíveis, deveriam ser de cor que contrastasse (branco ou amarelado-claro seriam as indicadas) com a imagem escura do RX.

#### Dúvida 5

Embora não haja comentário sobre analgesia pós-operatória (PO) - provavelmente o objetivo não era esse - a dor no período PO existiu em pacientes com dreno de tórax!

Comentário: No relato, não há evidências sobre a dor e a analgesia relacionadas à cirurgia, porém drenos torácicos são muito dolorosos, especialmente nas inspirações, o que não foi comentado, e sim foi relatado apenas que: "O paciente evoluiu com melhoria da dispneia, com dreno funcionando com oscilação. Durante a internação houve necessidade de reposicionamento do dreno e uso de aspiração contínua"<sup>1</sup>. Drenos torácicos de demora acarretam dor e influenciam na respiração. Acredito que as conseqüências algícas do dreno não eram pertinentes ao caso.

Karls Otto Geier  
Hospital São Lucas da Pontifícia  
Universidade Católica/RS;  
Hospital Municipal de Pronto Socorro  
de Porto Alegre/RS, Brasil

#### Referências

1. Mandim BLS, Alves RR, Almeida R et al. - Pneumotórax pós-bloqueio de plexo braquial guiado por ultrassonografia: relato de caso. Rev Bras Anesthesiol. 2012;62:5:741-747.
2. Winnie AP - Interscalene brachial plexus block. Anesth Analg. 1970;49(3):455-466.
3. Sardesai AM, Patel R, Denny N et al. - Interscalene brachial plexus block: can the risk of entering the spinal canal be reduced? Anesthesiology. 2006;105:9-15.