

Manejo das vias aéreas em angina de Ludwig: o que é necessário e qual é a condição adequada?



Airway management in Ludwig's angina: what is necessary and what is sufficient condition?

Cara Editora,

Li com interesse o artigo sobre o tema "Manejo das vias aéreas em angina de Ludwig" em sua valiosa revista. Como Fellini et al.¹ descreveram, a tomada de decisão para o manejo das vias aéreas em uma situação tão desastrosa terá como base as características clínicas, a urgência do caso e a disponibilidade técnica. Há uma regra em nossa prática rotineira como anesthesiologistas: não existe o agente anestésico mais seguro, nem a técnica anestésica mais segura; existe tão somente o anesthesiologista mais seguro! Portanto, ser um anesthesiologista especialista é a condição necessária, mas não suficiente, para tomar a melhor decisão sobre o manejo das vias aéreas em pacientes com comprometimento delas. Manter a respiração espontânea é um elemento-chave no manejo de um paciente com comprometimento das vias aéreas. Portanto, ao ler a carta de Guedes, entendi que a situação deve ter sido completamente diferente.² A administração concomitante de clonidina, fentanil e midazolam pode colocar o paciente em risco de colapsar as vias aéreas. Porque não podemos "contestar o sucesso", o manejo bem-sucedido das vias aéreas nesse paciente pode indicar que a melhor pessoa capaz de tomar a melhor deci-

são para o caso do paciente é aquela que está ao seu lado. Em outras palavras, estar em cena é a condição suficiente para tomar a melhor decisão sobre o método de manejo das vias aéreas em pacientes com angina de Ludwig ou qualquer outro tipo de comprometimento das vias aéreas.

Conflitos de interesse

O autor declara não haver conflitos de interesse.

Referências

1. Fellini RT, Volquind D, Schnor OH, et al. Airway management in Ludwig's angina a challenge: case report. *Rev Bras Anesthesiol.* 2017;67:40-637.
2. Guedes AA. Airway management in Ludwig's angina – a challenge: case report. *Braz J Anesthesiol.* 2018;68:661.

Reza Aminnejad

Qom University of Medical Sciences, Department of Anesthesiology & Critical Care, Qom, Irã
E-mail: r.aminnejad@yahoo.com

Disponível na Internet em 21 de julho de 2019

<https://doi.org/10.1016/j.bjan.2019.03.004>
0034-7094/

© 2019 Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Relevância do diâmetro do tubo endotraqueal de único lúmen e do tipo de bloqueador brônquico para o isolamento pulmonar em um caso de emergência



Relevance of single-lumen endotracheal tube diameter and type of bronchial blocker for lung isolation in an emergent case

Cara Editora,

Gostaríamos de acrescentar alguns comentários ao esclarecimento fornecido por Grocott¹ sobre o artigo publicado por Almeida et al.² "Uso de bloqueador brônquico em toracotomia de emergência na presença de hemorragia das vias aéreas superiores e fratura cervical: uma decisão difícil".

No caso relatado, a troca do tubo endotraqueal (TET) de lúmen único (TUL) para um tubo de diâmetro maior pode ser aconselhável. Grocott¹ lembrou aos leitores que o diâmetro mínimo considerado de um TET para fazer o isolamento pulmonar com um EZ-Blocker™ (Teleflex, Morrisville, EUA) e auxílio de fibra ótica para visualização é de 7 mm. Nesse caso, um broncoscópio fino (Ambu aScope S slim 3.8/1.2™, Ambu A/S, Ballerup, Dinamarca) com diâmetro externo de

3.8 mm foi usado, o que permitiria o uso simultâneo do EZ-Blocker™ através do TUL.

No entanto, em um paciente com insuficiência respiratória Tipo II e pressões ventilatórias elevadas, a verificação da posição e o eventual reposicionamento do bloqueador brônquico (BB) sob broncoscopia durante a colocação inicial de um tubo com diâmetro superior a 7 mm permitirá uma ventilação melhor, porque o lúmen do tubo disponível para o fluxo de gás é maior.

Considerando a condição do paciente, a troca do TUL de 7 mm por um de 8 mm foi uma opção valiosa. Além disso, o fato de que o diâmetro mínimo necessário do tubo é de 7 mm para a colocação de um EZ-Blocker™ não significa que tubos maiores não possam ser usados se um fibroscópio de pequeno diâmetro não estiver disponível.

Considerando a relação risco-benefício, a troca pode ser feita muito rapidamente após a aspiração cuidadosa da orofaringe, sem extensão da cabeça, o que não provocará uma entrada significativa de sangue na traqueia proveniente de sangramento da língua.

Como foi explicado no artigo por Almeida et al.,² *ad initium* o paciente não apresentou hemorragia endobrônquica (apenas hemorragia lingual significativa). A hemorragia não estava presente durante o primeiro posicionamento do bloqueador brônquico, mas sim durante o procedimento, devido à manipulação cirúrgica e ao agravamento da coagulopatia.

Caso houvesse hemorragia endobrônquica significativa *ad initium*, a visualização via fibra ótica seria afetada, o que também comprometeria o posicionamento inicial de qualquer BB ou tubo de duplo lúmen (TDL). Nesse caso, teoricamente, a introdução às cegas de um BB como o Arndt Blocker™ (Cook Critical Care Inc., Bloomington, IN) ou similar (como mencionado por Grocott),¹ o tubo endobrônquico Univent™ (Fuji Systems Corporation, Tóquio, Japão) ou o TDL pode ser uma opção melhor, porque a taxa de sucesso em que ambas as extremidades do EZ-Blocker™ entram no mesmo brônquio na primeira tentativa é elevada.³

A aplicabilidade do uso de bloqueadores brônquicos colocados às cegas especificamente do tubo endobrônquico Univent™, para o tamponamento da hemorragia endobrônquica, foi relatada.¹ Porém, não existem evidências significativas que comparem a taxa de sucesso da primeira passagem entre diferentes bloqueadores brônquicos, ou seja, quando a sua introdução é feita às cegas. Apesar de Grocott et al.⁴ mostrarem que, comparado ao TDL, o Arndt Blocker™ demorou um tempo semelhante para fornecer isolamento pulmonar em casos de minitoracotomia, uma metanálise mostrou que, em casos de isolamento pulmonar, os TDL foram colocados com mais rapidez e confiabilidade do que o BB (em geral).⁵

É importante também ressaltar que a maioria dos autores recomenda fortemente que a broncoscopia seja usada no isolamento pulmonar, principalmente ao usar BBs, porque a taxa de mau posicionamento é maior, não são fáceis de posicionar e se deslocam com frequência durante o reposicionamento e a manipulação cirúrgica.³

Uma vantagem significativa dos bloqueadores EZ-Blockers™ entre os BBs, geralmente, é o risco menor de deslocamento durante o procedimento, que está relacionado à ancoragem do bloqueador na bifurcação carina, o que facilita, caso necessário, a reposição, ou seja, aprimora-se a oclusão do brônquio do lobo superior direito.³ Essa vantagem não foi comprovada, pois faltam estudos comparativos entre diferentes BBs, particularmente em casos de emergência.

Em resumo, um TUL grande pode melhorar a ventilação quando um BB sob broncoscopia é usado em casos de emergência e uma técnica previsível, mesmo que um pouco mais lenta, pode ser preferível quando não há sangramento das vias aéreas distal à glote. O risco de deslocamento do BB durante o procedimento deve ser a principal preocupação

e, por outro lado, a taxa de sucesso da primeira passagem do BB às cegas seria irrelevante nesse caso.

Conflitos de interesse

O autor declara não haver conflitos de interesse.

Agradecimentos

Gostaria de agradecer à Dra. Carla Pereira e ao Dr. José Pedro Assunção por todo o apoio prestado.

Referências

1. Grocott H. Lung isolation for emergent thoracotomy in the bleeding airway patient: the choice of bronchial blocker may make a difference. *Rev Bras Anesthesiol.* 2019;69:113.
2. Almeida C, Freitas MJ, Brandão D, et al. Use of bronchial blocker in emergent thoracotomy in presence of upper airway hemorrhage, and cervical spine fracture: a difficult decision. *Rev Bras Anesthesiol.* 2018;68:408–11.
3. Mourisse J, Liesveld J, Verhagen A, et al. Efficiency, efficacy, and safety of EZ-blocker compared with left-sided double-lumen tube for one-lung ventilation. *Anesthesiology.* 2013;118:550–61.
4. Grocott HP, Darrow TR, Whiteheart DL, et al. Lung isolation during port-access cardiac surgery: double-lumen endotracheal tube versus single-lumen endotracheal tube with a bronchial blocker. *J Cardiothorac Vasc Anesth.* 2003;17:725–7.
5. Clayton-Smith A, Bennett K, Alston RP. A comparison of the efficacy and adverse effects of double-lumen endobronchial tubes and bronchial blockers in thoracic surgery: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Cardiothorac Vasc Anesth.* 2015;29:955–66.

Carlos Almeida 

Centro Hospitalar Tondela, Viseu, Portugal

E-mail: carlosralmeida@gmail.com

Disponível na Internet em 19 de julho de 2019

<https://doi.org/10.1016/j.bjan.2018.12.010>
0034-7094/

© 2019 Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Anestesia Local com o Paciente Totalmente Acordado e Sem Torniquete (WALANT) em fratura exposta de polegar sob terapia antitrombótica: superando um impasse



Wide-Awake Local Anesthesia and No Tourniquet (WALANT) in open thumb fracture under antithrombotic therapy: overcoming an impasse

Cara Editora,

A feitura de bloqueios digitais com epinefrina é uma questão em debate,¹ mas há evidências consideráveis que apoiam o princípio de que a adrenalina usada em procedimentos nos dedos não é insegura.² Relatamos um caso em que um bloqueio digital com epinefrina nos ajudou a superar um “impasse”.

Um paciente de 53 anos que sofreu um acidente de trabalho apresentou uma fratura exposta da falange distal do polegar, com uma grande ferida linear dorsal próxima à articulação interfalângica distal. Pouco antes de entrar na sala de cirurgia, apresentou uma dor no peito e um infarto